

Доктор на приеме

Заболевания органов желудочно-кишечного тракта

Практическое руководство

Под редакцией

члена-корреспондента РАН Ж.Д. Кобалава



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

протоколы + кейсы + сторис

Аннотация

Руководство серии "Доктор на приеме" содержит принципиально новый подход к подаче информации для врача по ведению пациента в рамках амбулаторного приема. Нозологии и синдромы сгруппированы в серии книг по четырем направлениям: болевой синдром, болезни органов пищеварения, дыхания, кровообращения. Контент по каждой нозологической единице включает:

- шаблон протокола осмотра пациента для медицинской информационной системы;
- раздел "Фармакотерапия", дополненный рецептами;
- алгоритмы ведения страхового случая;
- новейшие исследования (данные о препаратах, не включенных в клинические рекомендации);
- сложные клинические ситуации с вариантами решений(клинический разбор);
- рекомендации пациентам с психосоматическим компонентом заболевания;
- ответы на вопросы о правоотношениях врача и пациента.

Издание предназначено врачам общей практики, терапевтам, а также врачам различных специальностей первичного звена здравоохранения.

3-12 **Заболевания органов желудочно-кишечного тракта. Практическое руководство** / под ред. Ж. Д. Кобалава. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 264 с. — (Серия «Доктор на приеме»). — DOI: 10.33029/9704-6477-9-DGT-2022-1-264.

ISBN 978-5-9704-6477-9

Руководство серии «Доктор на приеме» содержит принципиально новый подход к подаче информации для врача по ведению пациента в рамках амбулаторного приема. Нозологии и синдромы сгруппированы в серии книг по четырем направлениям: болевой синдром, болезни органов пищеварения, дыхания, кровообращения. Контент по каждой нозологической единице включает:

- шаблон протокола осмотра пациента для медицинской информационной системы;
- раздел «Фармакотерапия», дополненный рецептами;
- алгоритмы ведения страхового случая;
- новейшие исследования (данные о препаратах, не включенных в клинические рекомендации);
- сложные клинические ситуации с вариантами решений (клинический разбор);
- рекомендации пациентам с психосоматическим компонентом заболевания;
- ответы на вопросы о правоотношениях врача и пациента.

Издание предназначено врачам общей практики, терапевтам, а также врачам различных специальностей первичного звена здравоохранения.

УДК 616.33/.34-07-08(035.3)
ББК 54.132-4-5я81

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания

Список сокращений и условных обозначений

Раздел 1. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта: шаблоны протоколов и клинические наблюдения

Глава 1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

1.2. Язвенная болезнь

1.3. НПВП-гастропатия

1.4. Функциональная диспепсия

1.5. Инфекция *Helicobacter pylori* у взрослых

Глава 2. Заболевания кишечника

2.1. Язвенный колит у взрослых

2.2. Болезнь Крона у взрослых

2.3. Синдром раздраженного кишечника

2.4. Хронический запор у взрослых

Глава 3. Заболевания печени и желчевыводящих путей

3.1. Хронический вирусный гепатит В у взрослых

3.2. Хронический вирусный гепатит С у взрослых

3.3. Алкогольная болезнь печени у взрослых

3.4. Неалкогольная жировая болезнь печени

3.5. Дискинезия желчевыводящих путей

Раздел 2. Правоотношения врача и пациента

Раздел 3. Психологические аспекты реабилитации при заболеваниях органов пищеварения

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Список сокращений и условных обозначений	6
РАЗДЕЛ 1. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта: шаблоны протоколов и клинические наблюдения	9
Глава 1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	11
1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	11
1.2. Язвенная болезнь	23
1.3. НПВП-гастропатия	36
1.4. Функциональная диспепсия	50
1.5. Инфекция <i>Helicobacter pylori</i> у взрослых	64
Глава 2. Заболевания кишечника.....	79
2.1. Язвенный колит у взрослых.....	79
2.2. Болезнь Крона у взрослых.....	101
2.3. Синдром раздраженного кишечника.....	127
2.4. Хронический запор у взрослых.....	141
Глава 3. Заболевания печени и желчевыводящих путей.....	154
3.1. Хронический вирусный гепатит В у взрослых....	154
3.2. Хронический вирусный гепатит С у взрослых....	170
3.3. Алкогольная болезнь печени у взрослых	184
3.4. Неалкогольная жировая болезнь печени	203
3.5. Дискинезия желчевыводящих путей	220
РАЗДЕЛ 2. Правоотношения врача и пациента.....	237
РАЗДЕЛ 3. Психологические аспекты реабилитации при заболеваниях органов пищеварения	253

Участники издания

Главный редактор

Кобалава Жанна Давидовна - д-р мед. наук, член-корреспондент РАН, профессор кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Ответственный редактор

Аришева Ольга Сергеевна - канд. мед. наук, врач-гастроэнтеролог, доцент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Авторы

Абдулганиева Диана Ильдаровна - д-р мед. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, заведующая кафедрой госпитальной терапии, главный терапевт МЗ РТ

Абдулхаков Рустам Аббасович - д-р мед. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии

Акберова Диляра Рашатовна - канд. мед. наук, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной терапии

Белоусова Елена Николаевна - канд. мед. наук, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной терапии

Бодрягина Евгения Сергеевна - канд. мед. наук, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной терапии

Гарипова Альбина Зайтуляковна - заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «Городская поликлиника № 21», г. Казань

Лапшина Светлана Анатольевна - канд. мед. наук, доцент, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, доцент кафедры госпитальной терапии

Мухаметова Диляра Дамировна - канд. мед. наук, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной терапии

Печерей Иван Олегович - старший партнер, ведущий медицинский юрист, эксперт качества оказания медицинской помощи, канд. мед. наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Рашидов Наиль Рашидович - канд. мед. наук, врач-психотерапевт высшей категории, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги (ППЛ), экзистенциальный психотерапевт в области «Da sâin» анализа

Шулаев Алексей Владимирович - д-р мед. наук, профессор, проректор по региональному развитию ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Список сокращений и условных обозначений

* - торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция

АБП - алкогольная болезнь печени

АД - артериальное давление

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ - аспартатаминотрансфераза

АЧТВ - активированное частичное тромбопластиновое время

БК - болезнь Крона

ВГВ - вирусный гепатит В

ВГС - вирус гепатит С

ВН - временная нетрудоспособность

ГГТП - γ-глутамилтранспептидаза

ГК - глюкокортикоиды

ГЦК - гепатоцеллюлярная карцинома

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ЕНП - единый номер полиса

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИМТ - индекс массы тела

ИПП - ингибитор протонной помпы

КТ - компьютерная томография

ЛН - листок нетрудоспособности

ЛПВП - липопротеиды высокой плотности

ЛПНП - липопротеиды низкой плотности

МИС - медицинская информационная система

МКБ-10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МНО - международное нормализованное отношение

МРТ - магнитно-резонансная томография

НАЖБП - неалкогольная жировая болезнь печени

НАСГ - неалкогольный стеатогепатит

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

ОБП - органы брюшной полости

ОТ - окружность талии

ПВТ - противовирусная терапия

ПЭ - печеночная энцефалопатия

РФ - Российская Федерация

СО - слизистая оболочка

С-РБ - С-реактивный белок

СРК - синдром раздраженного кишечника

УЗ - ультразвуковой

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЦОГ-2 - циклооксигеназа-2

ЦП - цирроз печени

ЧДД - частота дыхательных движений

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЩФ - щелочная фосфатаза

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиография

ЯБ - язвенная болезнь

ЯК - язвенный колит

Раздел 1. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта: шаблоны протоколов и клинические наблюдения

Глава 1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Протокол для МИС «ГЭРБ. МКБ-10: K21, K21.0, K21.9, K22.1»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Изжога.	Длительность заболевания. Количество симптомов за день, неделю, месяц. Прием нитратов, антагонистов кальция группы нифедипина.
Отрыжка.	
Срыгивание.	
Одинофагия.	
Дисфагия.	
Продолжение таблицы	

Жалобы	Анамнез
Боль в груди по ходу пищевода.	теофиллина, прогестерона, антидепрессантов, НПВП, доксицилина, хинина. Наличие ожирения, курения, злоупотребления алкоголем, особенности питания. В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: • не был(а). Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает
Осиплость или потеря голоса.	
Сухой кашель. Першение в горле. Жалобы: • усиливаются после приема пищи, при наклоне туловища вниз, в горизонтальном положении; • уменьшаются после употребления молочных продуктов, соды, приема антисекреторных препаратов	

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое.	Рост_, вес_,
Пассивное.		Астеническое.	ИМТ_, ОТ_,
Вынужденное		Гиперстеническое	Т_, SpO ₂ _, ЧСС_, АД_, ЧДД_

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные.	Не увеличены, безболезненные. Увеличены.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме.

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Землистого цвета. Гиперемизированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантелазмы. Язык: • влажный, сухой;	Пальпируются/ не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Деформация скелета_. Деформация суставов_. Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей_

• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)		
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
Форма грудной клетки: нормальная; бочкообразная; рахитическая; воронкообразная. Одышка: инспираторная; экспираторная; смешанная	Дыхание: поверхностное; глубокое; ритмичное; Чейна-Стокса; Биота; Куссмауля. Аускультация: ясный легочный звук; сухие хрипы; влажные хрипы; крепитация; шум трения плевры; ригидность грудной клетки	Перкуторно границы относительной сердечной тупости: • в норме; • расширены влево на _ см; • вправо на _ см. Аускультация: тоны ритмичные; тоны аритмичные; тоны громкие; тоны приглушены; тоны глухие. Пульс: частота _ в минуту; симметричный; несимметричный; удовлетворительного наполнения;

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
	напряженный; слабого наполнения
Органы пищеварения	Мочевая система
Осмотр:	Осмотр области
• живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный. • увеличен за счет асцита; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.	почек - без изменений.
Перкуссия:	Пальпация почек:
• размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: при поверхностной пальпации болезненности нет; при поверхностной пальпации определяется болезненность в _ области; при глубокой пальпации болезненности нет; при глубокой пальпации определяется болезненность в _ области. Пальпация печени: • консистенция эластичная, плотная; • край закруглен, заострен, бугристый.	• безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: • симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: • нарушено/не нарушено; • болезненное/безболезненное

Окончание таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация селезенки:	
• не пальпируется нижний полюс; • пальпируется нижний полюс	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр:	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
выражение лица не изменено; передняя поверхность шеи не изменена; передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: щитовидная железа не пальпируется; пальпируется увеличенная щитовидная железа	

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
Общий анализ крови;	ЭКГ.
ЭГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов	УЗИ ОБП Суточная рН-метрия или рН-импеданс-метрия. Пищеводная манометрия высокого разрешения. Рентгенологическое исследование пищевода и желудка
Диагнозы по МКБ-10	
K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс. K 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом. K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита. K22.1 Язва пищевода	
Фармакотерапия	
(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)	
Препараты выбора	
Ингибиторы протонной помпы (ИПП)	
(выбор одного из перечисленных препаратов)	
Rp. Esomeprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.	
S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки за 45 мин до завтрака 4-8 недель	
Rp. Dexlansoprazoli 0,06. D.t.d. № 30 in caps.	
S. Принимать внутрь по 1 капсуле в сутки независимо от приема пищи 4-8 недель	
Rp. Raberprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.	
S. Принимать внутрь по 1 капсуле в сутки за 45 мин до завтрака 4-8 недель	
Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.	
S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки за 45 мин до завтрака 4-8 недель	
Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.	
S. По 1 капсуле 2 раза в сутки за 45 мин до завтрака 4-8 недель	
Прокинетики	
Rp. Itopridi 0,05. D.t.d. № 100 in tab.	
S. По 1 таблетке 3 раза в день 4 недели	
Антациды	
Алгелдрат + магния гидроксид по 3,5 и 4,0 г в виде суспензии через 1,5-2 ч после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов - до 2-3 месяцев	
Окончание таблицы	
Алюминия фосфат по 2,08 г через 1,5-2 ч после еды и на ночь 1 месяц	
Алгинаты	
Кальция карбонат + натрия алгинат + натрия гидрокарбонат	
по 10 мл 3-4 раза в день через 30-40 мин после еды и 1 раз на ночь	
до стойкого купирования симптомов заболевания	
Эзофагопротекторы	
Альфазокс* а по 10 мл после основных приемов пищи и перед сном 1 месяц	
Рекомендации образа жизни в период заболевания	
Соблюдение диеты. Ограничить алкоголь, очень горячей или холодной еды и газированных напитков. Соблюдение режима питания (3-4 раза в сутки). Прекратить прием пищи за 2 ч до сна. Снизить массу тела, если она избыточна. Прекратить курение.	
Поднять изголовье кровати для пациентов, которых беспокоит изжога или регургитация в лежачем положении	
Реабилитация	
Постепенное расширение диеты	
Профилактика	
Неспецифическая профилактика. Изменение образа жизни, режима и характера питания, контроль веса (снижение при необходимости). Регулярное питание.	
Специфическая профилактика. Прием ИПП до 6 месяцев в поддерживающей дозе	
Преимущества выбора препаратов (пример)	

• ИПП. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными препаратами для лечения ГЭРБ. ИПП постоянно демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов. При наличии

эрозий пищевода вероятность их заживления в течение 4 недель лечения высока. Поэтому основной курс в данном случае, может составлять 4 недели, желательно с проведением контрольного эндоскопического исследования.

• При выявлении множественных эрозий пищевода, а также осложнений ГЭРБ, курс лечения любыми ИПП должен составлять не менее 8 недель, к при такой продолжительности терапии 90-95% эффективность может достигать 90-95%.

• Эзомепразол благодаря стереоселективным особенностям взаимодействия с цитохромом P450 обладает большой биодоступностью и предсказуемым контролем секреции соляной кислоты, длительно поддерживая уровень pH >4, что обеспечивает эффективность терапии неэрозивного и эрозивного эзофагита. Декслан-сопразол единственный ИПП с модифицированным высвобождением активного вещества. Двойное отсроченное высвобождение активного вещества позволяет пролонгировать его действие и способствует снижению секреции соляной кислоты в течение продолжительного времени. Рабепразол обладает выраженным антисекреторным действием и незначительными лекарственными взаимодействиями.

• Прокинетический препарат итоприда гидрохлорид относится к средствам патогенетического лечения ГЭРБ, поскольку нормализует двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта, уменьшает количество преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера.

• Антациды и алгинаты эффективны в быстром устранении симптомов. Применяться как в качестве монотерапии редкой изжоги, не сопровождающейся развитием эзофагита, так и в схемах комплексной терапии ГЭРБ.

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) [автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности (ЛН), 095/у]	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
От 12 до 21 дня	Стойкое отсутствие жалоб. Заживление эрозий и язв. Отсутствие осложнений	Диспансерное наблюдение пациентов с эзофагитом без пищевода Барретта проводится 1 раз в 6 мес в течение 3 лет с момента последнего обострения

Явка на прием с результатами обследования через 3 дня.

Клинический разбор

Ситуация. Пациент 50 лет пришел на прием к участковому врачу.

Жалобы: изжога и отрыжка после еды и в положении лежа 1-2 раза в день, боль за грудиной во время еды.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда впервые появилась изжога. Не лечился. В последние 2 нед изжога участилась.

Анамнез жизни. Работает водителем. Курит. Питание нерегулярное. Любит острые приправы и газированные напитки. Сопутствующих заболеваний - ожирение.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Контактен. Рост 176 см, вес 101 кг. ИМТ 32,6 кг/м², ОТ 101 см. Кожные покровы сухие, физиологической окраски, чистые, сыпи нет. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) - 18 в минуту. Артериальное давление (АД) - 121/72 мм рт.ст.,

частота сердечных сокращений (ЧСС) - 75 в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс.

Обоснование диагноза. Учитывая наличие болей за грудиной, изжоги и отрыжки 1-2 раза в день, связь симптомов с приемом пищи и горизонтальном положении, следует думать о диагнозе «Гастроэзофагеальный рефлюкс». До проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выставляется диагноз «Гастроэзофагеальный рефлюкс».

Дифференциальная диагностика проводится: с опухолью пищевода, стриктурой пищевода. Для подтверждения диагноза необходима ЭГДС.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент молодого возраста без соматической патологии с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью может лечиться амбулаторно.
- В случае стабильного течения и улучшении состояния - повторный осмотр через 3 дня с результатами обследования.

План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- ЭГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоп-татов.

• Определение *Helicobacter pylori*. **Терапия.**

- Соблюдение диеты.
- Режим питания.

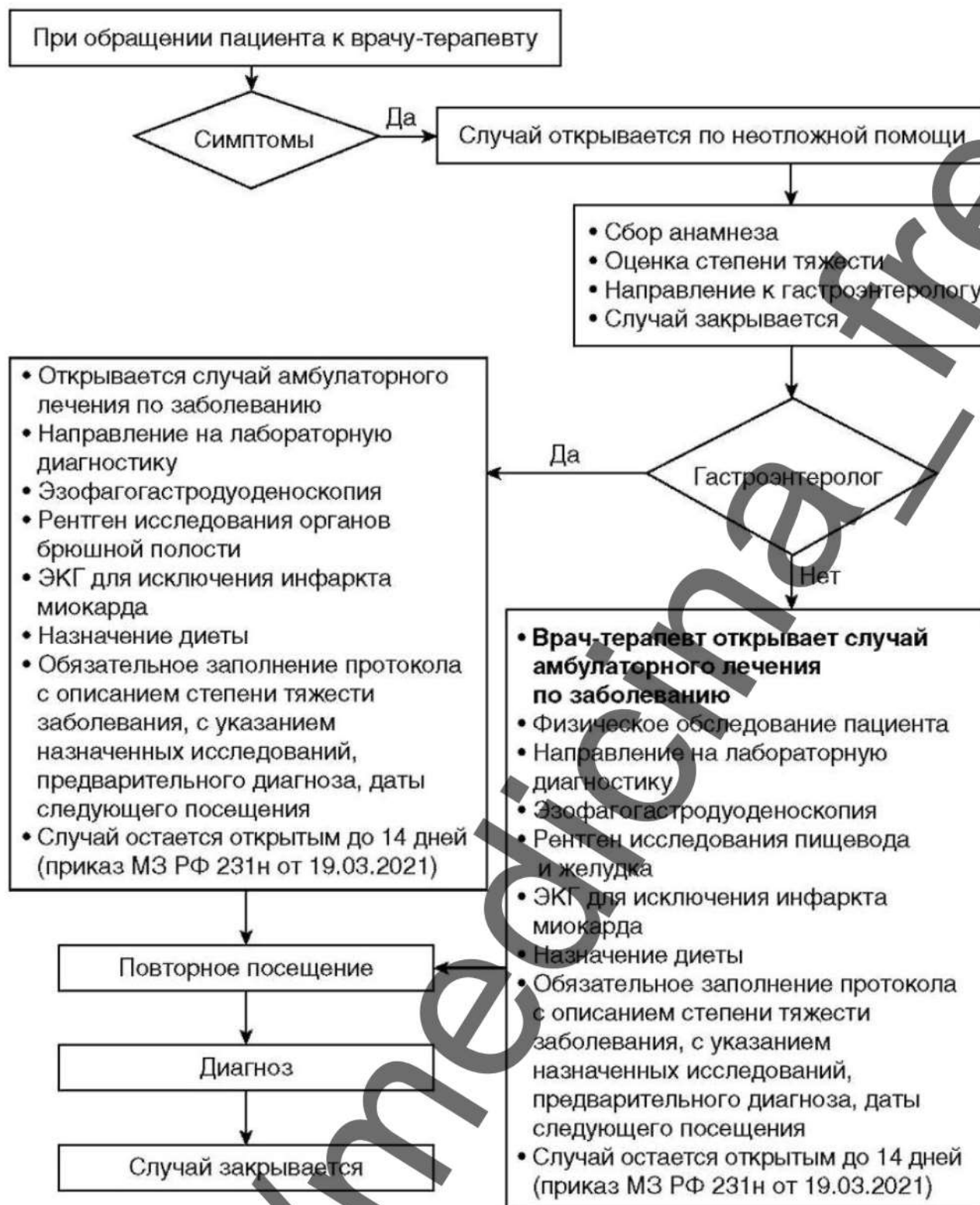
• Антисекреторная терапия на выбор:

→ декслансопрозол по 60 мг 1 раз в сутки 4-8 нед; → эзомепразол по 40 мг 1 раз в сутки 4-8 нед; → рабепразол по 20 мг 1 раз в сутки 4-8 нед; → омепразол по 20 мг 2 раза в сутки 4-8 нед. **Экспертиза нетрудоспособности.** Временно нетрудоспособен. Средний срок нетрудоспособности 12-21 день.

Профилактика.

- Неспецифическая профилактика. Изменение образа жизни, режима и характера питания, контроль веса (снижение при необходимости). Регулярное питание. Исключение газированных напитков, острых приправ.
- Специфическая профилактика. Прием ИПП до 6 мес в поддерживающей дозе.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



1.2. Язвенная болезнь

Протокол для МИС «Язвенная болезнь. МКБ-10: K25, K26»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- выбор из выпадающего списка;
- в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы

Анамнез

Боль в подложечной области, с иррадиацией в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Отрыжка кислым. Тошнота.	Количество обострений ЯБ. Сезонность обострений ЯБ. Наличие осложнений ЯБ в анамнезе.
Рвота на высоте болей, приносящая облегчение. Запоры.	Наличие эрадикационной терапии в анамнезе.
Боязнь приема пищи из-за болей. Похудание.	Рак желудка у близких родственников.
	Сопутствующие заболевания. Прием НПВП.
	В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: • не был(а)
	Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Продолжение таблицы

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост_, вес_, ИМТ_, ОТ_, Т_, SpO ₂ _, ЧСС_, АД_, ЧДД_
Кожные покровы и видимые слизистые Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)		Перифериче-ские ЛУ Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Костно-мышечная система Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_. Деформация суставов_. Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей
Дыхательная система Форма грудной клетки: нормальная; бочкообразная;		Сердечно-сосудистая система Перкуторно границы относительной сердечной тупости: в норме;	
Дыхание: поверхностное; глубокое; ритмичное;			

Продолжение таблицы

Дыхательная система рахитическая; воронкообразная. Одышка: инспираторная; экспираторная; смешанная		Сердечно-сосудистая система расширены влево на _ см; вправо на _ см. Аускультация: тоны ритмичные; тоны аритмичные; тоны громкие; тоны приглушены; тоны глухие. Пульс: частота_ в минуту; симметричный; несимметричный; удовлетворительного наполнения; напряженный; слабого наполнения	
Чейна-Стокса; Биота; Куссмауля. Аускультация: ясный легочный звук; сухие хрипы, влажные хрипы; крепитация, шум трения плевры; ригидность грудной клетки			
Органы пищеварения Осмотр: живот правильной формы; живот неправильной формы; равномерно участвует в акте дыхания; неравномерно участвует в акте дыхания; живот симметричный; живот асимметричный; увеличен за счет асцита; увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия:		Мочевая система Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: безболезненна; болезненна слева; болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное	

размеры печени по Курлову не увеличены;	
размеры печени по Курлову увеличены; размеры селезенки не увеличены; размеры селезенки увеличены.	
Продолжение таблицы	
Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация: при поверхностной пальпации болезненности нет; при поверхностной пальпации определяется болезненность в_ области; при глубокой пальпации болезненности нет; при глубокой пальпации определяется болезненность в_ области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс; пальпируется нижний полюс	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр: выражение лица не изменено; передняя поверхность шеи не изменена; передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: щитовидная железа не пальпируется; пальпируется увеличенная щитовидная железа	
Лабораторные и инструментальные	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Общий анализ крови; • анализ кала на скрытую кровь; • ЭГДС с биопсией; Продолжение таблицы	
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопом ^{13}C , и определение в кале антигена <i>H. pylori</i> с методом иммуноферментного анализа; • быстрый уреазный тест; • морфологический (гистологический) метод с применением различных окрасок и количественным определением степени обсеменения; • определение антител к <i>H. pylori</i> IgG у больных, ранее не получавших эрадикационную терапию	
Диагнозы по МКБ-10	
Язва желудка (K25).	
K25.0 Язва желудка острая с кровотечением. K25.1 Язва желудка острая с прободением. K25.2 Язва желудка острая с кровотечением и прободением. K25.3 Язва желудка острая без кровотечения или прободения. K25.4 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением.	
K25.5 Язва желудка хроническая или неуточненная с прободением.	
K25.6 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением.	
K25.7 Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения.	
K25.9 Язва желудка, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения.	
Диагнозы по МКБ-10	
Язва двенадцатиперстной кишки (K26).	
K26.0 Язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением.	
Окончание таблицы	
Диагнозы по МКБ-10	
K26.1 Язва двенадцатиперстной кишки острая с прободением. K26.2 Язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением и прободением.	
K26.3 Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения.	
K26.4 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточ-ненная с кровотечением.	
K26.5 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточ-ненная с прободением.	
K26.6 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточ-ненная с кровотечением и прободением.	
K26.7 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения.	
K26.9 Язва двенадцатиперстной кишки, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения	
Фармакотерапия	
(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)	

Препараты выбора
ИПП (выбор одного из перечисленных препаратов)
Rp. Esomeprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель
Rp. Rabeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель
Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель
Продолжение таблицы
Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель
Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель
H2 -блокаторы гистамина (выбор одного из перечисленных препаратов)
Rp. Ranitidini 0,15. D.t.d. № 20 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки 4-6 недель
Rp. Famotidini 0,02. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день 4-6 недель
Гастропротекторы
Rp. Rebamipidi 0,1. D.t.d. № 30 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки 2-4 недели
Эрадикационная терапия (в случае обнаружения инфекции <i>H. pylori</i>)
Схемы первой линии.
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. - Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки. - ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.
Схемы второй линии.
При неэффективности схемы первой линии:
Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг. 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки
Продолжение таблицы
Назначается только гастроэнтерологом:
ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.
Схемы третьей линии.
Основывается на определении индивидуальной чувствительности <i>H. pylori</i> к антибиотикам
Длительность эрадикационной терапии 14 дней
Рекомендации образа жизни в период заболевания
Соблюдение диеты.
Соблюдение режима питания (5-6 раза в день). Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку (СО) желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и перченую пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.
Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами: мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты.
Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай.
Необходимо принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, и тщательно пережевывать пищу. Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными. Прекратить курение
Окончание таблицы
Реабилитация
Постепенное расширение диеты. Санаторно-курортное лечение проводится не ранее чем через 2-3 месяца после стихания обострения в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др.
Профилактика
Профилактика язвенной болезни предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьбу с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем); нормализацию режима труда и отдыха, а также характера питания (соблюдение диетических рекомендаций и регулярности приема пищи); проведение эрадикации инфекции <i>H. pylori</i> у всех инфицированных взрослых
Преимущества выбора препаратов (пример).

- ИПП. Пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ИПП в течение 4-6 недель. У пациентов с высокой фармакологической нагрузкой предпочтительно назначение рабепразола или пантопразола в связи с низким риском межлекарственных взаимодействий.
- При неэффективности ИПП или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель блокаторов H2-гистаминовых рецепторов.
- Пациентам с обострением ЯБ с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца рекомендуется применение ребамипида.
- Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* с целью профилактики последующих рецидивов ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) (автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности - ЛН 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
От 21 до 75 дней	Полная клинико-эндоскопическая ремиссия на протяжении 5 лет	Проводится в течение 5 лет от начала заболевания или обострения

Явка на прием через 3 дня с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Пациент 30 лет пришел на прием к участковому врачу.

Жалобы: боли в эпигастральной области области через 2 ч после еды и ночью. Боли проходят после приема пищи.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2 нед. Не лечился. В последние 3-4 дня боли усилились. У отца язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Анамнез жизни. Работает курьером. Курит. Питание нерегулярное, часто в предприятиях общественного питания. Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Контактен. Рост 181 см, вес 87 кг, ИМТ 26 кг/м², ОТ 87 см. Кожные покровы сухие, физиологической окраски, чистые, сыпи нет. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. АД - 125/75 мм рт.ст. ЧСС - 76 в минуту. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области больше справа от срединной линии живота, там же локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K26 Язва двенадцатиперстной кишки.

Обоснование диагноза. Учитывая наличие болей натощак и ночью, проходящих после приема пищи, болезненности в эпигастральной области больше справа от срединной линии живота, локального напряжения мышц передней брюшной стенки, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у отца пациента следует думать о диагнозе «Язва двенадцатиперстной кишки». До проведения ЭГДС выставляется диагноз «Язва двенадцатиперстной кишки».

Дифференциальная диагностика проводится:

- с язвенной болезнью желудка с локализацией в пилорическом отделе (схожим симптомом является боль натощак). Для подтверждения диагноза необходима ЭГДС.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент среднего возраста без соматической патологии с язвой двенадцатиперстной кишки может лечиться амбулаторно.
- В случае стабильного течения и улучшения состояния - повторный осмотр через 3 дня с результатами анализов.

План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Анализ кала на скрытую кровь.
- ЭГДС с биопсией и одновременным проведением быстрого уреазного теста.

При невозможности проведения ЭГДС:

- уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопом ¹³C и определение в кале антигена *H. pylori* методом иммуноферментного анализа или
- определение антител к *H. pylori* IgG - у больных, ранее не получавших эрадикационную терапию.

Терапия.

- Соблюдение диеты.
- Режим питания.
- Антисекреторная терапия на выбор: → эзомепразол по 20 мг в сутки 4-6 нед; → рабепразол по 20 мг в сутки 4-6 нед; → омепразол по 20 мг в сутки 4-6 нед. **Экспертиза нетрудоспособности.** Временно нетрудоспособен. Средний срок нетрудоспособности 21-75 дней.

Профилактика. Профилактика язвенной болезни предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьбу с вредными привычками; нормализацию режима труда и отдыха, а также характера питания (соблюдение диетических рекомендаций и регулярности приема пищи); проведение эрадикации инфекции *H. pylori* у всех инфицированных взрослых.



1.3. НПВП-гастропатия

Протокол для МИС «НПВП-Гастропатия. МКБ-10: K25.0-K25.7, K25.9, K26.0-K26.9, K27.0-K27.7, K27.9, K28.0-K28.7, K28.9»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;

2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
• Боль в эпигастральной области (незначительная или может отсутствовать). • Часто выявление поражения СО желудка и ДПК на ЭГДС при случайном обследовании	Язвенный анамнез (включая язвы, осложненные кровотечением или перфорацией) ЖКК. Прием аспирина в низких дозах или иных антитромботических средств и/или антикоагулянтов для профилактики атеротромбоза. Пожилой возраст (65 лет и более). Диспепсия. Курение. Прием ГК.
Продолжение таблицы	Инфицированность <i>H. pylori</i> . В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: • не был(а).

Жалобы		Анамнез	
		Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает	
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	• Нормостени-ческое.	Рост_ ,вес_.
Пассивное.		• Астеническое.	ИМТ_ , ОТ_.
Вынужденное		• Гиперстени-ческое	Т_.
			SpO ₂ _.
			ЧСС_.
		АД_.	ЧДД_.
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык:		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_ Деформация суставов_ . Атрофия мышц_ . Отсутствие конечностей
• влажный, сухой;			
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым).			
Продолжение таблицы			

Дыхательная система		Сердечно - сосудистая система	
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:	
• нормальная;	• поверхностное;	• в норме;	
• бочкообразная;	• глубокое;	• расширены влево на _см;	
• рахитическая;	• ритмичное;	• вправо на _см. Аускультация:	
• воронкообразная. Одышка:	• Чейна-Стокса;	• тоны ритмичные;	
• инспираторная;	• Биота;	• тоны аритмичные;	
• экспираторная;	• Куссмауля. Аускультация:	• тоны громкие;	
• смешанная	• ясный легочный звук;	• тоны приглушены;	
	• сухие хрипы;	• тоны глухие. Пульс:	
	• влажные хрипы;	• частота _в минуту;	
	• крепитация;	• симметричный;	
	• шум трения плевры;	• несимметричный;	
	• ригидность грудной клетки;	• удовлетворительного наполнения;	
		• напряженный;	
		• слабого наполнения	
Органы пищеварения		Мочевая система	
Осмотр:		Осмотр области почек - без изменений.	
• живот правильной формы;		Пальпация почек:	
• живот неправильной формы;		• безболезненна;	
• равномерно участвует в акте дыхания;		• болезненна слева;	
• неравномерно участвует в акте дыхания;		• болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева.	
• живот симметричный;		Мочеиспускание:	
• живот асимметричный;		нарушено/не нарушено;	
• увеличен за счет асцит;			
• увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.			
Продолжение таблицы			

Органы пищеварения Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система болезненное/безболезненное
Эндокринная система Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа Продолжение таблицы	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Общий анализ крови; • анализ кала на скрытую кровь; • ЭГДС с биопсией; • уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченой изотопом ^{13}C; • определение в кале антигена <i>H. pylori</i> методом иммуноферментного анализа; • быстрый уреазный тест; • морфологический (гистологический) метод с применением различных окрасок и количественным определением степени обсеменения	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
Диагнозы по МКБ-10 Язва желудка (K25). • K25.0 Язва желудка острая с кровотечением. • K25.1 Язва желудка острая с прободением. • K25.2 Язва желудка острая с кровотечением и прободением. • K25.3 Язва желудка острая без кровотечения или прободения. • K25.4 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением. • K25.5 Язва желудка хроническая или неуточненная с прободением. • K25.6 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением. • K25.7 Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения. • K25.9 Язва желудка, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения. Продолжение таблицы	
Диагнозы по МКБ-10 Язва двенадцатиперстной кишки (K26). • K26.0 Язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением. • K26.1 Язва двенадцатиперстной кишки острая с прободением. • K26.2 Язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением	

и прободением.

• K26.3 Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения.

• K26.4 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с кровотечением.

• K26.5 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с прободением.

• K26.6 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением.

• K26.7 Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения.

• K26.9 Язва двенадцатиперстной кишки, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения.

Пептическая язва неуточненной локализации (K27).

• K27.0 Пептическая язва неуточненной локализации острая с кровотечением.

• K27.1 Пептическая язва неуточненной локализации острая с прободением.

• K27.2 Пептическая язва неуточненной локализации острая с кровотечением и прободением.

• K27.3 Пептическая язва неуточненной локализации острая без кровотечения или прободения.

• K27.4 Пептическая язва неуточненной локализации хроническая или неуточненная с кровотечением.

• K27.5 Пептическая язва неуточненной локализации хроническая или неуточненная с прободением.

• K27.6 Пептическая язва неуточненной локализации хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением.

• K27.7 Пептическая язва неуточненной локализации хроническая без кровотечения или прободения.

• K27.9 Пептическая язва неуточненной локализации, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения.

Окончание таблицы

Диагнозы по МКБ-10

Гастроэюнальная язва (K28).

• K28.0 Гастроэюнальная язва острая с кровотечением.

• K28.1 Гастроэюнальная язва острая с прободением.

• K28.2 Гастроэюнальная язва острая с кровотечением и прободением.

• K28.3 Гастроэюнальная язва острая без кровотечения или прободения.

• K28.4 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением.

• K28.5 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с прободением.

• K28.6 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением.

• K28.7 Гастроэюнальная язва хроническая без кровотечения или прободения.

• K28.9 Гастроэюнальная язва, неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Решение вопроса о возможности отмены ацетилсалициловой кислоты (Аспирина) и других неселективных НПВП и замене их другими анальгетиками или селективными ингибиторами-циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). Препараты выбора

Rp: Paracetamoli 0,5 mg. D.t.d. № 10 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3-4 раза в сутки через 1-2 ч после приема пищи
Продолжение таблицы

Rp: Celecoxibi 0,2. D.t.d. № 20 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки не зависимо от приема пищи

Rp: Etodolas 0,3.

D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки после еды
Rp: Meloxicami 0,075. D.t.d. № 20 in tab.
S. Принимать внутрь по 1-2 таблетки 1 раз в сутки во время еды
ИПП (выбор одного из перечисленных препаратов)
Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки за 45 мин до завтрака на весь период приема НПВП
Rp. Raberprazoli 0,02.
D.t.d. № 20 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки за 45 мин до завтрака на весь на период приема НПВП
Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.
S. Принимать по 1 капсуле 2 раза в сутки за 45 мин до завтрака на весь период приема НПВП
Rp. Lansoprasoli 0,03. D.t.d. № 20 in caps.
S. Принимать по 1 капсуле 2 раза в сутки за 45 мин до завтрака на весь период приема НПВП
Гастропротекторы
Rp. Rebamipidi 0,1. D.t.d. № 30 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки 1 месяц.
Продолжение таблицы
Эрадикационная терапия (в случае обнаружения инфекции
<i>H. Pylori</i>)
Схемы первой линии.
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. - Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки. - ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.
Схемы второй линии.
При неэффективности схемы первой линии:
Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.
Назначается только гастроэнтерологом:
ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.
Схемы третьей линии.
Основывается на определении индивидуальной чувствительности <i>H. pylori</i> к антибиотикам
Длительность эрадикационной терапии 14 дней
Рекомендации образа жизни в период заболевания
Соблюдение диеты, механическое, термическое и химическое щажение СО желудка.
Соблюдение режима питания: частое (5-6 раз в сутки) дробное питание.
Прекращение курения
Реабилитация
Постепенное расширение диеты.
Санаторно-курортное лечение не ранее чем через 2-3 месяца после стихания обострения в санаториях городов Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др.
Окончание таблицы

Профилактика
Следует избегать назначения НПВП или отдавать предпочтение применению селективных ЦОГ-2 в комбинации с ИПП. Перед назначением НПВП проводится обследование больных на наличие инфекции <i>H. pylori</i> , затем, при ее обнаружении, - эрадикационная терапия.
Заболевание предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьбу с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем), нормализацию режима труда и отдыха, а также характера питания (соблюдение диетических рекомендаций и регулярности приема пищи); проведение эрадикации инфекции <i>H. pylori</i> у всех инфицированных взрослых

Преимущества выбора препаратов.

У пациентов с высокой фармакологической нагрузкой предпочтительно назначение пантопразол и рабепразол в связи с низким риском межлекарственных взаимодействий.

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) (автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности - ЛН 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
От 21 до 75 дней	Полная клинико-эндоскопическая ремиссия на протяжении 5 лет	Проводится в течение 5 лет от начала заболевания или обострения

Явка на прием через 3-5 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Пациентка 53 лет пришла на прием к участковому врачу.

Жалобы: боли в эпигастриальной области, не зависящие от приема пищи.

Анамнез заболевания. Отметила появление болей в эпигастрии в течение последних 3-х недель, не лечилась. 2 года назад установлен диагноз деформирующий остеоартроз коленных суставов, по поводу чего принимала курсами диклофенак. Последнее обострение остеоартроза 2 месяца назад в виде болей и отеков коленных суставов. Начала очередной курс диклофенака. На фоне чего отметила уменьшение суставного синдрома. Однако, появились боли в эпигастриальной области без связи с приемом пищи.

Анамнез жизни. Питание регулярное. Деформирующий остеоартроз коленных суставов. Длительно ожирение. Аллергоанамнез, эпиданамнез не отягощены.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Контактна. Рост 165 см, вес 91 кг. ИМТ 33,4 кг/м², ОТ 98 см. Кожные покровы сухие, физиологической окраски, чистые, сыпи нет. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. АД - 135/75 мм рт.ст. ЧСС - 76 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K25.3 Язва желудка острая без кровотечения или прободения.

Обоснование диагноза. Учитывая наличие болей в эпигастрии, появившихся на фоне приема диклофенака, следует думать о наличии эрозивно-язвенных изменений СО желудка, вызванных приемом НПВП. До проведения ЭГДС выставляется диагноз «Язва желудка острая без кровотечения или прободения».

Дифференциальная диагностика проводится с язвенной болезнью желудка (схожим симптомом является боль в эпигастрии). Для подтверждения диагноза необходимо проведение ЭГДС.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациентка среднего возраста без соматической патологии с язвой желудка может лечиться амбулаторно.
- В случае стабильного течения и улучшения состояния - повторный осмотр через 3-5 дней с результатами обследования.

План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Анализ кала на скрытую кровь.
- ЭГДС с биопсией.
- Уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченой изотопом ¹³C и определение в кале антигена *H. pylori* с помощью метода иммуноферментного анализа *или* быстрый уреазный тест *или*
- Морфологический (гистологический) метод с применением различных окрасок и количественным определением степени обсеменения *или*
- Определение антител к *H. pylori* IgG - у больных, ранее не получавших эрадикационную терапию.

Терапия.

- Соблюдение диеты.
- Режим питания.
- Замена НПВП (выбор ингибитора ЦОГ-2).
- Антисекреторная терапия на выбор:
 - эзомепразол по 20 мг в сутки на весь период приема НПВП;
 - рабепразол по 20 мг в сутки на весь период приема НПВП;
 - пантопразол по 0,4 мг в сутки на весь период приема НПВП;
 - омепразол по 20 мг в сутки на весь период приема НПВП.

Экспертиза нетрудоспособности. Временно нетрудоспособна. Средний срок нетрудоспособности 20-75 дней.

Профилактика. Следует отдавать предпочтение применению селективных ЦОГ-2 в комбинации с ИПП. Перед назначением НПВП проводится обследование больных на наличие инфекции *H. pylori* и, при ее обнаружении, - эрадикационная терапия.

Заболевание предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьбу с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем), нормализацию режима труда и отдыха, а также характера питания (соблюдение диетических рекомендаций и регулярности приема пищи); проведение эрадикации инфекции *H. pylori* у всех инфицированных взрослых.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



1.4. Функциональная диспепсия

Протокол для МИС «Функциональная диспепсия. МКБ-10: K30»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Боли в эпигастриальной области. Боли возникают 1 раз в неделю и чаще, имеют связь с приемом пищи (возникают или проходят) или появляются натощак, не локализуются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Чувство жжения и/или переполнения	Наследственные факторы. Алиментарные погрешности. Курение. Пищевая токсикоинфекция. Психосоциальные факторы. В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: не был(а). Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает.

Продолжение таблицы

Жалобы		Анамнез	
в эпигастриальной области после еды. Раннее насыщение. Чувство переполнения желудка или раннее насыщение возникает чаще 3 раз в неделю после еды при приеме пищи в обычном объеме.			
Положение	Сознание	Телосложение	Антропометрия,
больного			термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормосте-	Рост __, вес __,
Пассивное.		ническое.	ИМТ __, ОТ __,
Вынужденное		Астеническое.	Т __,
		Гиперсте-	SpO ₂ __,
		ническое	ЧСС __,
			АД __,
			ЧДД __
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемизованы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Продолжение таблицы		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры __. Локализация __. Болезненность __.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета __. Деформация суставов __. Атрофия мышц __. Отсутствие конечностей __.
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-м шечная система
Язык:		Спаянность с окружающими тканями	
• влажный, сухой;			
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым).			
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
Форма грудной клетки:		Дыхание:	Перкуторно границ относительной сердечной тупости:
• нормальная;		• поверхностное;	• в норме;
• бочкообразная;		• глубокое;	• расширены влево на __ см;
• рахитическая;		• ритмичное;	• вправо на __ см. Аускультация:
• воронкообразная.		• Чейна-Стокса;	• тоны ритмичные;
Одышка:		• Биота;	• тоны аритмичные;
• инспираторная;		• Куссмауля. Аускультация:	• тоны громкие;
• экспираторная;		• ясный легочный звук;	• тоны приглушены;
• смешанная		• сухие хрипы;	• тоны глухие. Пульс:
		• влажные хрипы;	• частота __ в минуту;
		• крепитация;	• симметричный;
		• шум трения плевры;	• несимметричный;
		• ригидность грудной клетки	• удовлетворительного наполнения;
			• напряженный;
			• слабого наполнения
Органы пищеварения		Мочевая система	
Осмотр:		Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна;	

• живот правильной формы; • живот неправильной формы; Продолжение таблицы	
Органы пищеварения • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцит; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Кур-лову не увеличены; • размеры печени по Кур-лову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в_ области; • при глубокой пальпации определяется болезненность в_ области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый.	Мочевая система • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: • симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное

Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация селезенки:	
не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс.	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр:	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены
• выражение лица не изменено;	Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
• передняя поверхность шеи не изменена;	
• передняя поверхность шеи увеличена.	
Пальпация:	
• щитовидная железа не пальпируется;	
• пальпируется увеличенная щитовидная железа	

Клинические варианты течения.

- Постпрандиальный дистресс-синдром (преобладает чувство переполнения и раннего насыщения после еды).
- Синдром боли в эпигастрии (преобладают боль и чувства жжения в эпигастрии).

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Общий анализ крови;	Рентгенологическое исследование желудка и ДПК.
• биохимический анализ крови [общий белок, мочеви́на, креатинин, алани-наминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза	Внутрижелудочная рН-метрия. Суточное мониторирование рН в пищеводе и желудке. Методы исследования

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
(АСТ), общий билирубин, холестерин, глюкоза, С-реактивный белок (С-РБ));	двигательной функции желудка (сцинтиграфия, электро-гастрография, манометрия желудка).
• копрограмма;	Компьютерная томография и др.
• кал на скрытую кровь, яйца глист;	

• ЭГДС с биопсией;

• УЗИ ОБП;

• диагностика *H. pylori* - выбор одного или нескольких методов диагностики (дыхательный тест с C13 мочевиной, быстрый уреазный тест, определение антигена *H. pylori* в кале, исследование биоптата из антрального отдела и/или тела желудка на наличие *H. pylori*)

Симптомы тревоги (отвергают диагноз функциональной диспепсии).

Лихорадка, выраженное похудание, наличие крови в кале, анемия, лейкоцитоз, повышения СОЭ и др.

Диагноз по МКБ-10

K30 Диспепсия.

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

ИПП при синдроме боли в эпигастриальной области (выбор одного из перечисленных препаратов)

Rp. Esomeprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель

Rp. Rabeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель

Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель

Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки за 45 мин до завтрака 4-6 недель

Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 20 in caps.

S. принимать по 1 капсуле 1 раза в сутки за 45 мин до завтрака 4-8 недель

Прокинетики (при постпрандиальном дистресс-синдроме)

Rp. Itopridi 0,05. D.t.d. № 90 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки внутрь до еды в течение 30 дней

Продолжение таблицы

Средство растительного происхождения (при сочетании с син-

STW-5 принимать по 20 капель 3 раза в сутки внутрь перед едой или во время еды, с небольшим количеством воды в течение 4 нед

Миотропные спазмолитики (при сочетании с синдромом раздражённого кишечника)

Rp. Trimebutini 0,1. D.t.d. № 90 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки внутрь до еды, в течение 30 дней

Трициклические антидепрессанты (назначаются при сопутствующих нарушениях настроения). Требуется рецептурный

бланк 107-1/у

Rp. Amitriptylini 0,025. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки на ночь в течение 30 дней

Эрадикационная терапия (в случае обнаружения инфекции

H. pylori)

Схемы первой линии.

• ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

• Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.

• ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.

Схемы второй линии.

При неэффективности схемы первой линии.

• Висмут трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки + ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки.

• Назначается только гастроэнтерологом:

• ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + левофлоксацин 500 мг

Окончание таблицы

2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

Схемы третьей линии.

• Основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам Длительность эрадикационной терапии 14 дней

Немедикаментозная терапия

Возможна индивидуальная и групповая психотерапия (при наличии нарушений настроения)

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Дробное (6 раз в день) питание небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе. Отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП
Реабилитация
Поддерживающая терапия «по требованию»
Профилактика
Профилактика включает в себя режим и качество питания, отказ от вредных привычек, минимизация воздействия профессиональных вредностей, соблюдение гигиенических правил, повышение физической активности.

Преимущества выбора препаратов.

- ИПП эффективны главным образом при синдроме боли в эпигастрии, ночных болях, сочетании диспепсии с ГЭРБ, у больных с избыточной массой тела.
- Итоприда гидрохлорид является прокинетиком - препаратом, улучшающим моторику желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Его эффективность подтверждена главным образом при постпрандиальном дистресс-синдроме, сочетании диспепсии с ГЭРБ. Применение других проки-нетиков (метоклопрамида и домперидона) также эффективно в терапии функциональной диспепсии, однако применение метоклопрамида ограничено из-за выраженных побочных эффектов препарата (экстрапирамидные нарушения), а применение домперидона ограничено 7 днями из-за влияния на интервал Q-T и высокого риска нарушений ритма. • Трициклические антидепрессанты могут применяться в терапии функциональной диспепсии по результатам метаанализа нескольких рандомизированных исследований, однако их не стоит заменять ингибиторами обратного захвата серотонина.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Трудоспособность не нарушена. 1-3 дня	Отсутствие болей в эпигастрии. Отсутствие тяжести в эпигастрии	Не проводится

Явка на прием через 3-4 дня с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Пациент А., 36 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: тяжесть в области эпигастрия после еды ежедневно, чувство раннего насыщения, редко - ноющие боли в эпигастрии после еды, периодическая отрыжка воздухом, временами - изжога после еды (не чаще 1 раза в неделю).

Анамнез заболевания. Симптомы беспокоят в течение последнего года, начало связывает с пережитым эмоциональным стрессом (увольнение с работы). Из-за ощущения тяжести и переполнения в желудке пациент пытался уменьшить объем съедаемой пищи, однако это не привело к улучшению состояния. Симптомы купировал самостоятельно приемом ферментов, спазмолитиков, антацидов. Ранее к врачам по поводу данных жалоб не обращался, обследование не проходил.

Анамнез жизни. Работает менеджером по продажам. Курит по 5-6 сигарет в день на протяжении 15 лет. Сопутствующих заболеваний нет. Эпиданамнез и аллергоанамнез не отягощены.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Рост 178 см, вес 92 кг, ИМТ 29,0 кг/м², ОТ 93 см. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, высыпаний нет. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/75 мм рт.ст., Ps=ЧСС=76 в минуту. СО ротовой полости бледно-розового цвета, влажная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, симметричный, несколько вздут. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перку-торно тимпанический звук. При глубокой пальпации отмечается некоторая болезненность в эпигастриальной области. Все отделы толстого кишечника при пальпации безболезненные, патологии не выявлено. Печень по Курлову 9×8×7 см, край пальпируется у края реберной дуги, закруглен, безболезненный. Селезенка перкуторно 7×5 см, не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K30 Функциональная диспепсия, постпрандиаль-ный дистресс-синдром.

Обоснование диагноза. Наличие специфических жалоб (тяжесть в области эпигастрия после еды, чувство раннего насыщения, возникающие ежедневно) у пациента среднего возраста без соматической патологии и симптомов тревоги позволяют предположить наличие функциональной диспепсии с постпрандиальным дистресс-синдромом.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- язвенной болезнью (боли в эпигастрии после еды). Для исключения диагноза необходимо проведение гастродуоденоскопии;
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (отрыжка, изжога). Для исключения диагноза необходимо проведение ЭГДС.

Возможно сочетания функциональной диспепсии и гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент среднего возраста без соматической патологии с функциональной патологией может лечиться амбулаторно.
- В случае стабильного течения и улучшения состояния - повторный осмотр через 3-5 дней с результатами обследования.

План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, глюкоза, общий холестерин, С-РБ).
- Копрограмма.
- Кал на яйца глист, скрытую кровь.
- ЭГДС.

- УЗИ органов брюшной полости.
- диагностика *H. pylori*. **Терапия.**
- Режим обычный.
- Частое дробное питание 5-6 раз в день, малыми порциями, с исключением жирной и острой пищи, кофе, алкоголя; отказ от курения.
- Прокинетики:
 - итоприда гидрохлорид по 50 мг 3 раза в день до еды внутрь 4 нед.
- ИПП, на выбор:
 - эзомепразол - по 20 мг 1 раз в сутки утром внутрь до еды 4 нед;
 - рабепразол - по 20 мг 1 раз в сутки утром внутрь до еды 4 нед;
 - пантопразол - по 20 мг 1 раз в сутки утром внутрь до еды 4 нед;
 - лансопразол - по 15 мг 1 раз в сутки утром внутрь до еды 4 нед;
 - омепразол - по 20 мг 1 раз в сутки утром внутрь за 20-30 мин до еды 4 нед. • При сохранении жалоб после курса лечения: → STW-5 по 20 капель 3 раза в сутки 4 нед; → амитриптилин 25 мг внутрь 1 раз в сутки 1 мес. **Экспертиза нетрудоспособности:** трудоспособность не нарушена.

Профилактика.

Соблюдение диетических рекомендаций, отказ от курения, нормализация ИМТ, соблюдение режима сна и отдыха, избегание стрессовых ситуаций, при необходимости - консультация психотерапевта.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



1.5. Инфекция *Helicobacter pylori* у взрослых

Протокол для МИС «Инфекция *Helicobacter pylori* у взрослых. МКБ-10: B98.0»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Может не быть. Ноющие боли в эпигастриальной области	Курение. Прием НПВП.
	Наличие язвенной болезни. Наличие рака желудка у родственников.
	В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: не был(а).
	Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Продолжение таблицы

Положение	Сознание	Телосложение	Антропометрия,
-----------	----------	--------------	----------------

больного			термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормосте-	Рост_, вес_,
Пассивное.		ническое.	ИМТ_, ОТ_.
Вынужденное		Астеническое.	Т_.
		Гиперсте-	SpO ₂ _.
		ническое	ЧСС_.
			АД_.
			ЧДД_.
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы.		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_. Деформация суставов_. Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей
Язык:			
• влажный, сухой;			
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым).			
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:	
• нормальная;	• поверхностное;		
	• глубокое;		

Продолжение таблицы

Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
• бочкообразная;	• ритмичное;	• в норме;	
• рахитическая;	• Чейна-Стокса;	• расширены влево на_ см;	
• воронкообразная.	• Биота;	• вправо на_ см.	
	• Куссмауля.	Аускультация:	
Одышка:	Аускультация:	• тоны ритмичные;	
• инспираторная;	• ясный легочный звук;	• тоны аритмичные;	
• экспираторная;	• сухие хрипы;	• тоны громкие;	
• смешанная	• влажные хрипы;	• тоны приглушены;	
	• крепитация;	• тоны глухие.	
	• шум трения плевры;	Пульс:	
	• ригидность грудной клетки	• частота_в_минуту;	
		• симметричный;	
		• несимметричный;	
		• удовлетворительного наполнения;	
		• напряженный;	
		• слабого наполнения	
Органы пищеварения		Мочевая система	
Осмотр:		Осмотр обла-	
• живот правильной формы;		сти почек -	
• живот неправильной формы;		без изменений.	
• равномерно участвует в акте дыхания;		Пальпация почек:	
• неравномерно участвует в акте дыхания;		• безболезненна;	
• живот симметричный;		• болезненна слева;	
• живот асимметричный;		• болезненна справа.	
• увеличен за счет аспита.		Перкуссия почек:	
• увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.		симптом поколачивания справа и слева.	
Перкуссия:		Мочеиспускание:	
• размеры печени по Курлову не увели-		нарушено/не	
		нарушено;	

ченых; • размеры печени по Курлову увеличе- ны; Продолжение таблицы	болезненное/безбо- лезненное
Органы пищеварения • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система
Эндокринная система Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования • Дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C .	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Бактериологическое исследование слизистой оболочки желудка.
Лабораторные и инструментальные исследования • Определение антигена <i>H. pylori</i> в кале. • Быстрый уреазный тест биоптата из антрального отдела и тела желудка. • Определение антител к <i>H. pylori</i> в крови. • ЭГДС Показания к проведению эрадикационной терапии инфекции <i>H. pylori</i> : • хронический гастрит; • длительный прием ИПП; • НПВП-гастропатия; • язвенная болезнь; • MALT-лимфома желудка; • функциональная диспепсия; • аутоиммунная тромбоцитопения; • железодефицитная анемия.	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Гистологическое исследование слизистой оболочки желудка
Диагноз по МКБ-10 B98.0 <i>Helicobacter pylori</i> [<i>H. pylori</i>] в качестве причины болезней, классифицированных в других рубриках	
Фармакотерапия (рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)	
Схемы терапии первой линии	
Трехкомпонентная схема эрадикации (стандартная тройная терапия) Один из ИПП на выбор: • Rp. Rabeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Esomeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.	

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки утром, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 30 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Amoxicillini 1,0. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Clarithromycini 0,5. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней Продолжение таблицы
Четырехкомпонентная схема эрадикации (классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата) (при непереносимости препаратов пенициллина и при неэффективности стандартной тройной схемы) Один из ИПП на выбор: • Rp. Rabeprazoli 0,02. • D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Esomeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки утром, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 30 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Bismuthi trikalii dicitratis 0,120. D.t.d. № 56 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, за 30 мин до приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Tetracycline 0,5. D.t.d. № 56 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней Продолжение таблицы
• Rp. Metronidazoli 0,5. D.t.d. № 42 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время или после приема пищи, в течение 14 дней
Альтернативный вариант (квадротерапия без препарата висмута или сочетанная терапия) Один из ИПП на выбор: • Rp. Rabeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Esomeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки утром, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней. • Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 30 мин до приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Amoxicillini 1,0. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней • Rp. Clarithromycini 0,5. D.t.d. № 28 in caps. S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней Продолжение таблицы
• Rp. Metronidazoli 0,5. D.t.d. № 42 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время или после приема пищи, в течение 14 дней
Схемы второй линии Классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата может применяться как основная схему терапии второй линии при неэффективности стандартной
тройной терапии Тройная терапия с левофлоксацином (может быть назначена только гастроэнтерологом по строгим показаниям)

Один из ИПП на выбор:
• Rp. Rabeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней.
• Rp. Esomeprazoli 0,02.
D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней.
• Rp. Pantoprazoli 0,04. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки утром, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней
• Rp. Lansoprazoli 0,03. D.t.d. № 28 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 45 мин до приема пищи, в течение 14 дней.
• Rp. Omeprazoli 0,02. D.t.d. № 28 in caps.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки, за 30 мин до приема пищи, в течение 14 дней.
Rp. Levofloxacin 0,5. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки 14 дней
Продолжение таблицы

Rp. Amoxicillini 1,0. D.t.d. № 28 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, до или после приема пищи, в течение 14 дней
Схемы третьей линии
Подбираются индивидуально с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам
Пробиотики
Lactobacillus rhamnosus GG, принимать по 6×10 ⁹ КОЕ 2 раза в день в течение в течение месяца
Lactobacillus reuteri DSM 17938, принимать по 1×10 ⁸ КОЕ 3 раза в день в течение в течение месяца
Saccharomyces boulardii CNCM I-745, штамм S. cerevisiae принимать по 5×10 ⁹ КОЕ 2 раза в день в течение месяца
Гастропротекторы
Rp. Rebamipidi 0,1. D.t.d. № 90 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, в течение 30 дней
Рекомендации образа жизни в период заболевания
Дробное (6 раз в день) питание небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе. Отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП
Контроль терапии
Проводится не ранее чем через 4 нед после завершения эрадикации одним из следующих методов (дыхательный тест с C13 мочевиной, определение антигена <i>H. pylori</i> в кале, исследование биоптата из антрального отдела и/или тела желудка на наличие <i>H. pylori</i>)

Преимущества выбора препаратов (пример).

- ИПП. При проведении эрадикационной терапии предпочтение отдадут рабепразолу и эзомепразолу. Благодаря выраженному кислотоподавляющему эффекту рабепразол или эзомепразол в составе эрадикационной терапии обеспечивают лучшие показатели эрадикации *H. pylori* по сравнению с более ранними ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол).
- Выбор схемы. С учетом низкой резистентности *H. pylori* к кларитромицину в качестве терапии первой линии выступает **стандартная тройная терапия**, которую следует назначать, применяя различные меры, повышающие ее эффективность. При непереносимости препаратов пенициллина схемой первой линии считается **классическая четырехкомпонентная терапия** на основе висмута трикалия дицитрата. Эта же схема является схемой второй линии при неэффективности стандартной тройной схемы. В регионах с высокой резистентностью к клари-тромицину применяется **квадротерапия без препарата висмута** (сочетанная), которая по сути является стандартной тройной терапией усиленной метронидазолом.
- **Терапия второй линии с левофлоксацином** назначается только врачом-гастроэнтерологом по строгим показаниям.
- **Терапию третьей линии** подбирают индивидуально в зависимости от выбора предшествующих схем лечения, по возможности основываясь на результатах определения чувствительности *H. pylori* к антибиотикам.

Меры, повышающие эффективность эрадикационной терапии.

- Висмут трикалия дицитрат, обладает бактерицидным эффектом и цитопротективным действием.
- Пробиотики Lactobacillus и Saccharomyces уменьшает частоту побочных эффектов антибактериальной терапии при проведении эрадикации инфекции *H. pylori*. Назначение пробиотиков до, во время, а также в течение 2 недель после эрадикации оказывает положительное влияние на эффективность терапии.
- Ребамипид имеет выраженное цитопротективное действие.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Трудоспособность не нарушена	Отсутствие <i>H. pylori</i> по результатам контрольных методов диагностики	Проводится в соответствии с сопутствующей нозологией
Явка на прием через 3-4 дня с результатами обследования		

Клинический разбор

Ситуация. Пациент А., 46 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: ноющие боли в эпигастрии через 1 ч после еды, купирует приемом антацидов, периодическая отрыжка кислым, изжога после еды ежедневная.

Анамнез заболевания. Симптомы беспокоят в течение последних 2 мес. Самостоятельно прошел ЭГДС, по результатам которой выявлены эрозии СО желудка, отечность слизистой оболочки желудка. Взята биопсия из антрального отдела желудка, методом быстрого уреазного теста выявлено большое количество *H. pylori*.

Анамнез жизни. Работает инженером-проектировщиком в конструкторском бюро. Аллергоанамнез не отягощен. Сопутствующие заболевания отрицает, проведена аппендэктомия в детстве. Курит по 10 сигарет в день на протяжении 20 лет. Алкоголь употребляет 1 раз в неделю. Проживает в квартире один. Эпиданамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Ранее обследование и лечение по поводу заболеваний ЖКТ не проходил.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Рост 183 см, вес 72 кг, ИМТ 21,5 кг/м², ОТ 85 см. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, высыпаний нет. Периферические ЛУ не увеличены.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 125/80 мм рт.ст., Ps=ЧСС=78 в минуту. СО ротовой полости бледно-розового цвета, влажная. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, симметричный. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перкуторно тимпанический звук. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастраль-ной области. Все отделы толстого кишечника при пальпации безболезненные, патологии не выявлено. Печень по Курлову 9×8×7 см, край пальпируется у края реберной дуги, закруглен, безболезненный. Пузырные знаки отрицательные. Селезенка перкуторно 6×4 см, не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K29.1 Острый эрозивный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании наличия специфических жалоб, соответствующих поражению желудка; данных эндоскопического обследования, выявившего эрозивное поражение СО желудка; результатов быстрого уреазного теста, выявившего *H. pylori*. Учитывая отсутствие у пациента аллергии на антибактериальные препараты, никогда ранее не проводившееся лечение по поводу инфекции *H. pylori*, обосновано назначение тройной схемы эрадикации в сочетании с пробиотиками и гастропротекторами.

Дифференциальная диагностика проводится:

- с язвенной болезнью - исключена по данным гастро-дуоденоскопии;
- атрофическим гастритом - не подтвержден по данным гастродуоденоскопии.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент среднего возраста с эрозивным гастритом без осложнений может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу после курса терапии через 14 дней. **План обследования**
- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Диагностика *H. pylori* через 4 нед после завершения эрадикации одним из следующих методов (дыхательный тест с C¹³ мочевиной, определение антигена *H. pylori* в кале, исследование биоптата из антрального отдела и/или тела желудка на наличие *H. pylori*).

Терапия.

- Режим обычный.
- Частое дробное питание 5-6 раз в день, малыми порциями, с исключением жирной и острой пищи, кофе, алкоголя; отказ от курения.
- Тройная схема эрадикации.

→ ИПП на выбор:

- ▷ рабепразол - по 20 мг 2 раза в сутки 2 нед;
- ▷ эзомепразол - по 20 мг 2 раза в сутки 2 нед;
- ▷ пантопразол - по 40 мг 2 раза в сутки 2 нед;
- ▷ лансопразол - по 30 мг 2 раза в сутки 2 нед;
- ▷ омепразол - по 20 мг 2 раза в сутки 2 нед; → амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки 2 нед;

→ кларитромицин по 500 мг 2 раза в день внутрь до или после еды 14 дней.

- Пробиотик, содержащий *Lactobacillus rhamnosus* GG, принимать по 6×10⁹ КОЕ 2 раза в сутки 1 мес.
- Ребамипид - по 100 мг 3 раза в сутки 1 мес. **Экспертиза нетрудоспособности:** трудоспособность не нарушена.

Профилактика.

Соблюдение диетических рекомендаций, отказ от курения, проведение полного курса эрадикационной терапии.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



Глава 2. Заболевания кишечника

2.1. Язвенный колит у взрослых

Протокол для МИС «Язвенный колит. МКБ-10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K51.9»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. **Вид случая**

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания.

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Диарея (при проктитах и проктосигмоидитах может отсутствовать). Кровь в кале.	Длительность заболевания. Количество атак ЯК. Лечение ГК в прошлом. Длительность последней ремиссии. Выезд в южные страны. Непереносимость каких-либо продуктов.

Тенезмы (ложные позывы). Боли в животе (может носить умеренный характер, чаще перед дефекацией).		Прием НПВП или антибактериальных препаратов.			
Продолжение таблицы					
Жалобы		Анамнез			
Повышение температуры. Потеря массы тела. Боли в суставах. Поражение кожи, слизистых, глаз. Общая слабость.		Курение. Наличие воспалительных и злокачественных заболеваний кишечника у родственников. В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: не был(а). Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает.			
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД		
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост_, вес_, ИМТ_, ОТ_, Т_, SpO ₂ _, ЧСС_, АД_, ЧДД_		
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система		
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер.		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность.		Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_, Деформация суставов_.	
Продолжение таблицы					
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система		
Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым).	Спаянность с окружающими тканями	Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей_.			
Дыхательная система			Сердечно-сосудистая система		
Форма грудной клетки: • нормальная; • бочкообразная; • рахитическая; • воронкообразная. Одышка: • инспираторная; • экспираторная; • смешанная	Дыхание: • поверхностное; • глубокое; • ритмичное; • Чейна-Стокса; • Биота; • Куссмауля. Аускультация: • ясный легочный звук; • сухие хрипы; • влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плевры;	Перкуторно границы относительной сердечной тупости: • в норме; • расширены влево на_см; • вправо на_см. Аускультация: • тоны ритмичные; • тоны аритмичные; • тоны громкие; • тоны приглушены; • тоны глухие. Пульс: • частота_в минуту; • симметричный; • несимметричный;			

• ригидность грудной клетки	• удовлетворительного наполнения; • напряженный; • слаб ого наполнения
-----------------------------	---

Продолжение таблицы

Органы пищеварения Осмотр: • живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцита; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в _ области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в _ области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное
--	---

Продолжение таблицы

Эндокринная система Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексy и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования • Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой. • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, общ. билирубин, креатинин, мочевиha, К, Na, CL, C-РБ). • Коагулограмма. • Группа крови и резус-фактор. • Общий анализ кала. • Кал на скрытую кровь. • Общий анализ мочи. • УЗИ ОБП, забрюшинного пространства, малого таза. • Рентгенологическое исследование кишечника. • Колоноскопия с илеоскопией и биопсией	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз), паразитозов, токсинов А и В Clostridium difficile. Определение уровня кальпротек-тина в кале. Определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе. Определение уровня гормонов щитовидной железы. Исследования дезоксирибо-нуклеиновой кислоты (ДНК) цитомегаловируса в биоптате из пораженных участков толстой кишки методом полимеразной цепной реакции. Эндоскопическая гастродуоденоскопия с биопсией двенадцатиперстной кишки (ДПК)

Окончание таблицы

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
	для исключения целиакии. Обзорная рентгенография брюшной полости. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием кишечника. Компьютерная томография (КТ) с контрастированием кишечника. Трансабдоминальное ультразвуковое сканирование тонкой и ободочной кишки. Трансректальное УЗИ прямой кишки и анального канала. Фиброгастродуоденоскопия. Видеокапсульная эндоскопия. Одно- или двухбаллонная энтеро-скопия. Консультация смежных специалистов

Классификация.

- Монреальская классификация язвенного колита (ЯК) по протяженности поражения.

→ Проктит: поражение ограничено прямой кишкой.

→ Левосторонний колит: поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит).

→ Тотальный колит: поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом).

- По характеру течения выделяют:

→ острое течение (менее 6 мес от дебюта заболевания);

→ хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);

→ хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

Тяжесть атаки язвенного колита согласно критериям Truelove-Witts

Показатели	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	≥4, если:	≥6, если:
Пульс	Нормальные значения	≤90 в минуту	>90
Температура		≤37,5 °C	>37,5 °C или
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
Скорость оседания эритроцитов		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость СО толстой кишки	Нет	Есть	Есть

Тяжесть атаки согласно индексу активности язвенного колита (индекс Мейо)

Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	На 1-2 в день больше обычной	На 3-4 в день больше обычной	На 5 в день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Окончание таблицы				

Значение индекса	0	1	2	3
Состояние СО	Норма	Минимальная активность (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная активность (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная активность (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состоянием врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Среднетяжелая и тяжелая атака констатируются при значении индекса (сумма оценок по 4 параметрам) от 6 и выше.

Классификация язвенного колита в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder)

0	1 (минимальная активность)	2 (умеренная активность)	3 (выраженная активность)
Норма или неактивное заболевание	Легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Легкая контактная ранимость	Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии	Спонтанная ранимость, изъязвления

- Наличие гормональной резистентности.

→ В случае тяжелой атаки - отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных глюкокортикоидов (ГК) в дозе, эквивалентной 2 мг/кг

массы тела преднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней.

→ В случае среднетяжелой атаки - сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГК в дозе, эквивалентной 1 мг/кг массы тела преднизолона, в течение 2 нед.

→ Гормональная зависимость:

▷ увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГК после достижения исходного улучшения в течение 3 мес от начала лечения;

▷ возникновение рецидива болезни в течение 3 мес после окончания лечения ГК.

• Внекишечные (системные) проявления ЯК.

→ Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:

▷ артропатии (артралгии, артриты);

▷ поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия);

▷ поражение слизистых (афтозный стоматит);

▷ поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит).

→ Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:

▷ анкилозирующий спондилит (сacroилеит);

▷ первичный склерозирующий холангит;

▷ остеопороз, остеомалация;

▷ псориаз.

→ Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:

▷ холелитиаз;

▷ стеатоз печени, стеатогепатит;

▷ тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии;

▷ амилоидоз.

Диагнозы по МКБ-10

K51.0 Язвенный (хронический) панколит обратный илеит.

K51.2 Язвенный (хронический) проктит.

K51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит.

K51.4 Воспалительные полипы.

K51.5 Левосторонний колит

левый гемиколит.

K51.8 Другой язвенный колит.

K51.9 Язвенный колит неуточненный.

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Проктит (легкая и среднетяжелая атака)

Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 28 in supp.

S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, 2 недели, при положительном ответе продолжить 6-8 недель

Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели

Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 28 in supp.

S. Для поддерживающей терапии ректально (после опорожнения прямой кишки) по 2 суппозитория 3 раза в неделю, не менее 2 лет

Rp. Budesonide 0,002. D.t.d. № 28 in aet.

S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 ректальной пене 1 раз в сутки, 4 недели

Продолжение таблицы

Rp. Budesonidi 0,003 D.t.d. № 48 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 2 недели

Rp. Prednisoloni 0,01. D.t.d. № 28 in supp.

S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, 2 недели

Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день, 4 недели

Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день, 4 недели

Проктит (тяжелая атака)

Rp. Prednisoloni 0,005

D.t.d. № 100 in tab.

S. Принимать внутрь по 12 таблеток в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.

Rp. Mesalazini 0,5.

D.t.d. № 28 in supp.

S. Ректально (после опорожнения прямой кишки по 2 суппозитории 2 раза в сутки, 2 недели, при положительном ответе продолжить 6-8 недель Rp. Prednisoloni 0,01. D.t.d. № 28 in supp.
S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, 2 недели Rp. Budesonidi 0,002. D.t.d. № 28 in aer.
S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 ректальной пене 1 раз в сутки, 2 недели Продолжение таблицы
Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 42 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели Rp. Mesalazini 1,2.
D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 1 раз в сутки, во время еды, нельзя раздавливать или разжевывать и их следует глотать целиком, 4 недели Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 50 in pulv.
S. Принимать внутрь по 2 пакетика гранул в сутки, не разжевывать, 4 недели Rp. Budesonidi 0,002.
D.t.d. № 40 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 2 недели Rp. Supp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 48 in supp.
S. Для поддерживающей терапии ректально (после опорожнения прямой кишки) по 2 суппозитория 3 раза в неделю, не менее 2 лет Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели
Левосторонний и тотальный ЯК. Легкая атака Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели Продолжение таблицы
Rp. Mesalazini 1. D.t.d. № 50 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 пакетика гранул в сутки, не разжевывать, 4 недели Rp. Mesalazini 1,2.
D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 3 таблетки 1 раз в сутки, во время еды, нельзя раздавливать или разжевывать, следует глотать целиком, 4 недели Rp. Sulfasalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, после еды, 8 недель Rp. Mesalazini 4,0-60 ml. D.t.d. № 14 in susp.
S. По 60 мл в прямую кишку ежедневно перед сном после предварительного очищения кишечника, 2 недели Rp. Budesonide 0,002. D.t.d. № 30 in aer.
S. Ректально (после опорожнения прямой кишки) по 1 ректальной пене 1 раз в сутки, 4 недели Rp. Mesalazini 0,5.
D.t.d. № 50 in tab.
S. Для поддерживающей терапии принимать внутрь по 2 таблетки 2 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели - не менее 2 лет Rp. Sulfasalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.
S. Для поддерживающей терапии принимать внутрь по 2 таблетки 2 раза в сутки, после еды, 8 недель - не менее 2 лет Rp. Mesalazini 3,0 ml. D.t.d. № 7 in susp.
S. Для поддерживающей терапии по 30 мл в прямую кишку 2 раза в неделю перед сном после предварительного очищения кишечника, 4 недели - не менее 2 лет Продолжение таблицы
Левосторонний и тотальный ЯК. Среднетяжелая атака Rp. Mesalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели Rp. Mesalazini 1. D.t.d. № 50 in pulv.
S. Принимать внутрь по 3 пакетика гранул в сутки, не разжевывать, 4 недели Rp. Mesalazini 1,2.
D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 4 таблетки 1 раз в сутки, во время еды, нельзя раздавливать или разжевывать, следует глотать целиком, 4 недели Rp. Mesalazini 4,0-60 ml. D.t.d. № 14 in susp.
S. S. По 60 мл в прямую кишку ежедневно перед сном после предварительного очищения кишечника, 2 недели Rp. Budesonidi 0,003. D.t.d. № 40 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 2 недели
Rp. Prednisoloni 0,005.

D.t.d. № 100 in tab.

S. Принимать внутрь по 12 таблетке в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки, с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.
Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели - не менее 2 лет
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели - не менее 2 лет
Окончание таблицы

Rp. Mesalazini 0,5.

D.t.d. № 50 in tab.

S. Для поддерживающей терапии принимать внутрь по 2 таблетке 2 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели - не менее 2 лет
Rp. Sulfasalazini 0,5. D.t.d. № 50 in tab.

S. Для поддерживающей терапии принимать внутрь по 2 таблетке 2 раза в день, после еды, 8 недель - не менее 2 лет
Rp. Mesalazini 2,0-30 ml. D.t.d. № 7 in susp.

S. Для поддерживающей терапии по 30 мл в прямую кишку 2 раза в неделю перед сном после предварительного очищения кишечника, 4 недели - не менее 2 лет

Левосторонний и тотальный язвенный колит. Тяжелая и сверхтяжелая атака. Ведение пациента в стационарных условиях

Назначение генно-инженерных биологических препаратов осуществляется врачом-гастроэнтерологом

Рекомендации по образу жизни в период заболевания

Прием в пищу негрубой, щадящей пищи.

Ограничение курения, приема алкогольных напитков

Реабилитация

Специфические меры реабилитации пациентов с ЯК отсутствуют. Меры медицинской реабилитации направлены на профилактику колоректального рака.

Профилактика

Мероприятий по специфической профилактике не существует. С точки зрения долгосрочного прогноза течения ЯК целесообразно регулярно оценивать наличие эндоскопической ремиссии (заживления слизистой оболочки). Для этих целей рекомендуется каждые 6 мес выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.

Преимущества выбора препаратов (пример).

- Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК.
- Целями терапии являются достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема ГК в течение 12 нед после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и/или развитии опасных для жизни осложнений - своевременное назначение хирургического лечения. Поскольку полное излечение больных ЯК достигается только путем удаления толстой кишки (колопроктэктомии), при достижении ремиссии неоперированный больной должен оставаться на постоянной поддерживающей (противорецидивной) терапии.
- Следует особо отметить, что ГК не могут применяться в качестве поддерживающей терапии.

Хирургическое лечение.

Показаниями к хирургическому лечению ЯК служат неэффективность консервативной терапии (гормональная резистентность, неэффективность биологической терапии) или невозможность ее продолжения (гормональная зависимость, непереносимость или противопоказания для проведения консервативной терапии), кишечные осложнения ЯК (токсическая дилатация, перфорация кишки, кишечное кровотечение), а также рак толстой кишки или высокий риск его возникновения.

О неэффективности консервативной терапии свидетельствуют:

• гормональная резистентность;

• гормональная зависимость. **Показания к хирургическому лечению ЯК.**

• У всех пациентов с осложнением ЯК в виде кишечного кровотечения показана экстренная операция в объеме субтотальной колэктомии или тотальной колэктомии (колопроктэктомии - при выраженной активности в прямой кишке).

• У всех пациентов с осложнением ЯК в виде токсической дилатации на фоне адекватной интенсивной терапии показана экстренная операция в объеме субтотальной колэктомии или тотальной колэктомии (колопроктэктомии - при выраженной активности в прямой кишке).

• У всех пациентов с осложнением ЯК в виде перфорации толстой кишки при выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии) показана субтотальная колэктомия или тотальная колэктомия (колопроктэктомия - при выраженной активности в прямой кишке).

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
--	------------------------	-------------------------

24-26 дней (K51.0, 1-я степень активности).	Прогноз выздоровления маловероятен. Чаще всего ЯК требует пожизненного лечения	Диспансерное наблюдение при ЯК рекомендовано проводить пожизненно, может быть прервано только при удалении толстой кишки. Целью диспансерного наблюдения является в первую очередь профилактика колоректально-го рака.
32-40 дней (K51.0, 2-я степень активности)		У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже чем каждые 3 года.

Окончание таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
		У части пациентов периодичность диспансерного наблюдения с проведением колоноскопии может быть иной

Явка на прием через 2 недели для оценки эффективности терапии

Клинический разбор

Ситуация. К участковому терапевту пришла на прием пациентка Н., 32 лет.

Жалобы: учащение стула до 5-6 раз в день, кашицеобразной консистенции, с примесью крови и слизи, тенезмы 1-2 раза в день, периодические боли в животе, больше в левой подвздошной области, тянущего характера, умеренной интенсивности, возникающие чаще перед стулом, исчезают после отхождения стула и газов, иногда принимает дробтаверин (Но-шпа*) с положительным эффектом, периодическое повышение температуры тела до 37,3 °С, боли в коленных суставах, общая слабость.

Анамнез заболевания. Считает себя больной 1 год, когда впервые появились вышеописанные жалобы (стул в дебюте до 10 раз в день, с кровью и слизью), и после проведения колоноскопии был выставлен диагноз: Язвенный колит, проктит, острое течение. Пациентка получала стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении, был назначен ректаль-но месалазин в суппозиториях 2 г в сутки с положительным эффектом, отмечает нормализацию стула в течение месяца, после выписки была рекомендована поддерживающая терапия, однако пациентка не соблюдала рекомендации, отмечает клиническую ремиссию 10 мес. Последнее ухудшение

отмечает 2 нед назад, периодически при болевом синдроме принимала Но-шпу* с положительным эффектом. Общий анализ крови - гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов - 28 мм/ч.

Анамнез жизни. Работает учителем в школе. Аллергоа-намнез - отрицает. Сопутствующие заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает в квартире совместно с мужем и двумя детьми. Эпиданамнез: неотягощен. Прививочный анамнез: проводился, со слов, согласно национальному календарю.

Объективный статус. Температура тела 37,0 °С. Контактен. Рост 166 см, вес 58 кг. ИМТ 21,0 кг/м², ОТ 64 см. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. СО ротоглотки в области мягкого неба розовая, влажная. Периферические ЛУ лы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 12 в минуту. АД - 118/70 мм рт.ст. ЧСС - 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

Диагноз: K51.2 Язвенный (хронический) проктит, хроническое рецидивирующее течение, с внекишечными проявлениями (артралгии), среднетяжелая атака по Truelove-Witts.

Обоснование диагноза. Учитывая жалобы пациентки на диарею с кровью и слизью, тенезмы, абдоминальный болевой синдром, повышение температуры, общую слабость, наличие внекишечных проявлений в виде артралгий, молодой возраст пациентки, данные анамнеза - установленный диагноз ЯК год назад, данные лабораторных анализов - наличие анемии и повышение скорости оседания эритроцитов, следует думать об обострении ЯК.

Дифференциальная диагностика проводится с: • острыми кишечными инфекциями, схожими являются симптомы - диарейный синдром, боли в животе, лихорадка. Для подтверждения диагноза необходим анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз);

• клостридиальной инфекцией, у пациентки имеются жалобы на диарейный синдром, ректальное кровотечение, боли в животе, лихорадку. Для подтверждения диагноза необходимо определение анализа кала для выявления токсинов А и В *Clostridium difficile*.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Ведение пациента амбулаторное.
- При ухудшении состояния - госпитализация в стационар. **План обследования.**
- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГТП, общий билирубин, креатинин, мочеви́на, электролиты, С-РБ).
- Гемокоагулограмма (фибриноген).
- Общий анализ кала.
- Кал на скрытую кровь.
- Определение уровня кальпротектина в кале.
- Общий анализ мочи.
- Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (*Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Yersinia spp.* и др.), токсинов А и В *Clostridium difficile*.
- УЗИ ОБП.
- Ректороманоскопия с биопсией. **Терапия.**

- Режим - общий.
- Диетотерапия - в период обострения прием в пищу негрубой, щадящей пищи.
- Медикаментозная терапия.

→ Месалазин ректально по 2 г - по 2 суппозитория по 500 мг 2 раза в день, после опорожнения прямой кишки, 6-8 нед, оценка клинического ответа через 2 нед.

Экспертиза нетрудоспособности. Временно нетрудоспособна. Средний срок нетрудоспособности 32-40 дней. **Профилактика и диспансерное наблюдение.**

Каждые 6 месяцев исследовать уровень фекального каль-протектина и/или ректороманоскопия.

Диспансерное наблюдение при ЯК рекомендовано проводить пожизненно, оно может быть прервано только при удалении толстой кишки. Целью диспансерного наблюдения является в первую очередь профилактика колоректального рака.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



2.2. Болезнь Крона у взрослых

Протокол для МИС «Болезнь Крона. МКБ 10: K50»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая.

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Боли в животе. Диарея (часто более 6 месяцев, в большинстве случаев без примесей крови). Кровь в кале. Тенезмы. Запоры. Повышение температуры. Потеря массы тела. Боли в суставах. Поражение кожи, слизистых, глаз, суставов (часто в дебюте заболевания). Общая слабость. Наличие перianальных осложнений Продолжение таблицы	Характер начала заболевания. Выезд в южные страны. Непереносимость каких-либо продуктов. Прием НПВП или антибактериальных препаратов. Курение. Наличие воспалительных и злокачественных заболеваний кишечника у родственников. В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: • не был(а)

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормосте- ническое.	Рост_вес_.
Пассивное.		Астеническое.	ИМТ_ ОТ_.
Вынужденное		Гиперсте- ническое	Т_.
			SpO ₂ _.
			ЧСС_.
			АД_.
			ЧДД_.
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы.		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_ . Деформация суставов_ . Атрофия мышц_ . Отсутствие конечностей
Язык:			
• влажный, сухой;			
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)			
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:	
• нормальная;	• поверхностное;		
	• глубокое;		

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
• бочкообразная;	• в норме;
• рахитическая;	• расширены влево на _ см;
• воронкообразная.	• вправо на _ см. Аускультация:
• инспираторная;	• тоны ритмичные;
• экспираторная;	• тоны аритмичные;
• смешанная	• тоны громкие;
	• тоны приглушены;

• крепитация; • шум трения плевры; • ригидность грудной клетки	• тоны глухие. Пульс: • частота _в минуту; • симметричный; • несимметричный; • удовлетворительного наполнения; • напряженный; • слабого наполнения
Органы пищеварения Осмотр: • живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцит; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены;	Мочевая система Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное

Продолжение таблицы

Органы пищеварения • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в _ области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в _ области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система
Эндокринная система Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования • Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная Окончание таблицы	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (дизентерия, сальмонеллез,
Лабораторные и инструментальные исследования формула, скорость оседания эритроцитов); • С-реактивный белок, • биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТ, лактатдегидрогеназа, ЩФ, креатинин, мочевины, электролиты, С-РБ) • гемокоагулограмма (фибриноген);	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз), паразитозов, токсинов А и В <i>Clostridium difficile</i>. Определение уровня кальпротектина в кале. Определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе. Определение уровня гормонов щитовидной железы. Исследования ДНК цитомегало-вируса в биоптате из пораженных участков толстой кишки методом полимеразной цепной реакции. Эндоскопическая гастроудоденоскопия с биопсией ДПК для исключения целиакии. Обзорная рентгенография брюшной полости. MPT с контрастированием кишечника.

• группа крови и резус-фактор;	МРТ малого таза с внутривенным контрастированием. КТ с контрастированием кишечника.
• общий анализ кала;	Трансабдоминальное ультразвуковое сканирование тонкой и ободочной кишки.
• кал на скрытую кровь;	Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и анального канала. Видеокапсульная эндоскопия. Одно- или двухбаллонная энтероскопия.
• общий анализ мочи;	Консультация смежных специалистов
• УЗИ ОБП, забрюшинного пространства, малого таза;	
• рентгенологическое исследование кишечника;	
• ректороманоскопия с биопсией;	
• илеоколоноскопия с биопсией;	
• ЭГДС	

Классификация.

1. Монреальская классификация болезни Крона (БК) по локализации поражения.

→ L1. Терминальный илеит: болезнь ограничена терминальным отделом подвздошной кишки или илеоцекальной областью (с вовлечением или без вовлечения в процесс слепой кишки).

→ L2. Колит: любая локализация воспалительного очага в толстой кишке между слепой кишкой и анальным сфинктером, без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела ЖКТ.

→ L3 Илеоколит: терминальный илеит (с вовлечением или без вовлечения слепой кишки) в сочетании с одним или несколькими очагами воспаления между слепой кишкой и анальным сфинктером.

→ L4 Верхний отдел ЖКТ: поражение проксимальнее терминального отдела (исключая полость рта).

2. По распространенности поражения выделяют: → локализованную БК:

▷ поражение протяженностью менее 30 см. Чаще используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны;

▷ возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки;

→ распространенную БК:

▷ поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

3. По характеру течения выделяют:

→ острое течение (менее 6 мес от дебюта заболевания); → хроническое течение (более 6 мес от дебюта заболевания).

4. БК классифицируется в зависимости от фенотипического варианта заболевания.

→ Нестриктурирующая, непенетрирующая (синонимы: рус. - просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, англ. - luminal) - воспалительный

характер течения заболевания, которое никогда не было осложненным (в любое время в ходе болезни).

→ Стриктурирующая (стенозирующая) - сужение просвета кишки (по данным лучевых и/или эндоскопических методов или по результатам хирургического вмешательства).

→ Пенетрирующая (синонимы: рус. - свищевая, англ. - fistulising) возникновение интраабдоминальных свищей и/или воспалительного инфильтрата с абсцессом в любое время в течение болезни, исключая послеоперационные интраабдоминальные осложнения.

→ Перианальная (наличие перианальных поражений: свищи, анальные трещины, перианальные абсцессы) могут быть в сочетании с любой из указанных форм, а также самостоятельным проявлением перианальной БК.

5. Шкалы оценки тяжести БК.

Тяжесть атаки по критериям Общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника при Ассоциации колопроктологов России

Критерий	Степень тяжести атаки		
	легкая	среднетяжелая	тяжелая
Средняя частота стула/сут за последние 3 дня	Менее 4	4-6	7 и более
Боль в животе	Отсутствует или незначительная	Умеренная	Сильная
Лихорадка, °C	Отсутствует	<38	>38
Тахикардия	Отсутствует	<90 в минуту	>90 в минуту
Снижение массы тела	Отсутствует	<5%	5% и более

Окончание таблицы

Критерий	Степень тяжести атаки		
	легкая	среднетяжелая	тяжелая
Гемоглобин	>100 г/л	90-100 г/л	<90 г/л
Скорость оседания эритроцитов	Норма	<30 мм/ч	>30 мм/ч
Лейкоцитоз	Отсутствует	Умеренный	Высокий с изменением формулы
С-реактивный белок	Норма	<10 г/л	>10 г/л
Гипопротеинемия	Отсутствует	Незначительная	Выраженная
Внекишечные проявления (любые)	Нет	Есть	Есть
Кишечные осложнения (любые)	Нет	Есть	Есть

Тяжесть атаки болезни Крона по индексу активности болезни Крона (CDAI; индекс Беста)

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Частота жидкого или кашицеобразного стула	Учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней	×2	=
Боль в животе:	Учитывается сумма баллов за 7 дней	×5	=
• 0 - отсутствие;			
• 1 - слабая;			
• 2 - умеренная;			
• 3 - сильная			

Продолжение таблицы

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Общее самочувствие:	Учитывается сумма баллов за 7 дней	×7	=
• 0 - хорошее;			
• 1 - удовлетворительное;			
• 2 - плохое;			
• 3 - очень плохое;			
• 4 - ужасное			
Другие симптомы (внекишечные или кишечные осложнения):	Наличие каждого из перечисленных осложнений добавляет 1 балл	×20	=
• артрит			
или артралгия;			
• ирит или увеит;			
• узловатая эритема;			
• гангренозная пиодермия;			
• афтозный стоматит;			
• анальные поражения;			
• (трещины, свищи, абсцессы);			
• другие свищи			
Лихорадка $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	Учитывается сумма эпизодов лихорадки за 7	×20	=
Применение лопе-рамида (других опиатов) для купирования диареи:		×30	=
0 - нет;			
1 - да			

Окончание таблицы

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Напряжение мышц живота (или пальпируемый инфильтрат): 0 - отсутствует; 2 - сомнительно; 5 - отчетливо	Оценка производится однократно в момент осмотра	×10	=
Гематокрит 47 минус показатель больного (М); 42 минус показатель больного (Ж)	Учитывается разница между нормальным уровнем и показателем больного (с учетом знака «+» или «-»)	×6	=
Масса тела, кг	1 - (фактическая масса: идеальная масса)	×100	=
Итого			Общее число баллов
<150 баллов - неактивная БК (клиническая ремиссия); 150-300 баллов - легкая атака; 301-450 баллов - среднетяжелая атака; >450 - тяжелая атака			

Индекс Харви-Брэдшоу

Симптом	Тяжесть	Оценка
Общее самочувствие	Хорошее.	0
	Немного ниже среднего.	1
	Плохое.	2
	Очень плохое.	3
	Ужасное	4

Окончание таблицы

Симптом	Тяжесть	Оценка
Боль в животе	Нет.	0
	Слабая.	1
	Умеренная.	2
	Сильная	3
Диарея		1 балл для каждой дефекации жидким стулом за сутки

Инfiltrат брюшной полости	Нет.	0
	Наличие сомнительно.	1
	Наличие.	2
	Наличие при напряжении мышц брюшной стенки	3
Осложнения	Артралгия, увеит, узловая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, анальная трещина, новый свищ или абсцесс	По 1 баллу за каждое осложнение
	Сумма ≤ 4 - ремиссия; 5-6 - легкая атака; 7-8 - среднетяжелая атака; ≥ 9 - тяжелая атака	

6. Наличие гормональной резистентности.

• В случае тяжелой атаки - отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных ГК в дозе, эквивалентной 2 мг/кг массы тела преднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней.

• В случае среднетяжелой атаки - сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГК в дозе,

эквивалентной 1 мг/кг массы тела преднизолона, в течение 2 нед. **Гормональная зависимость.**

• Увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГК после достижения исходного улучшения в течение 3 мес от начала лечения.

• Возникновение рецидива болезни в течение 3 мес после окончания лечения ГК.

7. Внекишечные проявления БК.

• Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания.

→ Артропатии (артралгии, артриты). → Поражение кожи (узловая эритема, гангренозная пиодермия). → Поражение слизистых (афтозный стоматит). → Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит).

• Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания.

→ Анкилозирующий спондилит (сacroilеит). → Первичный склерозирующий холангит (редко). → Остеопороз, остеомалация. → Псориаз.

→ Псориатический артрит.

• Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями.

→ Холелитиаз.

→ Стеатоз печени, стеатогепатит.

→ Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии. Амилоидоз.

Диагнозы по МКБ-10

K50.0 Болезнь Крона тонкой кишки. K50.1 Болезнь Крона толстой кишки. K50.8 Другие разновидности болезни Крона. K50.9 Болезнь Крона неуточненная

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

БК в форме терминального илеита, легкая степень тяжести

Rp. Budesonidi 0,003. D.t.d. № 100 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 10 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены

Rp. Budesonidi 0,009. D.t.d. № 50 in pulv.

S. Принимать внутрь по 1 пакетик гранул в сутки, не разжевывая, во время еды, 16 недель с последующим снижением по 9 мг через день в течение 2 недель

Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет

Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет

Rp. Methotrexati 0,0025.

D.t.d. № 4 in sol.

S. Вводить по 25 мг в неделю п/к или в/м, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет

БК илеоцекальной локализации средней тяжести

Rp. Budesonidi 0,003. D.t.d. № 100 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 10 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены
Продолжение таблицы

Rp. Budesonidi 0,009. D.t.d. № 50 in pulv.

S. Принимать внутрь по 1 пакетик гранул в сутки, не разжевывая, во время еды, 16 недель с последующим снижением по 9 мг через день в течение 2 недель

Rp. Prednisoloni 0,005.

D.t.d. № 100 in tab.

S. Принимать внутрь по 12 таблеток в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки, с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.

Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Methotrexati 0,0025.
D.t.d. № 4 in sol.
S. Вводить по 25 мг в неделю, п/к или в/м, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
БК толстой кишки любой локализации
Rp. Prednisoloni 0,005. D.t.d. № 100 in tab.
S. Принимать внутрь по 12 таблеток в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки, с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.
Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Продолжение таблицы
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Methotrexati 0,0025.
D.t.d. № 4 in sol.
S. Вводить по 25 мг в неделю, п/к или в/м, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
БК тонкой кишки (кроме терминального илеита)
Rp. Mesalazini 0,5.
D.t.d. № 100 in tab.
S. Принимать внутрь по 2 таблетки 4 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разжевывая, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Prednisoloni 0,005. D.t.d. № 100 in tab.
S. Принимать внутрь по 12 таблеток в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки, с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.
Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Sol. Methotrexati 0,0025.
D.t.d. № 4 in sol.
S. Вводить по 25 мг в неделю, п/к или в/м, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Продолжение таблицы
БК с поражением пищевода, желудка и ДПК
Rp. Prednisoloni 0,005.
D.t.d. № 100 in tab.
S. Принимать внутрь по 12 таблеток в сутки, 2 раза в день, утром - 8 таблеток, днем - 4 таблетки, с едой. При получении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают по 5 мг, затем по 2,5 мг с интервалами 3-5 дней, до полной отмены.
Rp. Azathiopriini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Sol. Methotrexati 0,0025. D.t.d. № 4 in sol.
S. Вводить по 25 мг в неделю, п/к или в/м, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Mercaptopurini 0,05. D.t.d. № 60 in tab.
S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, 4 недели, при эффективности - поддерживающее лечение не менее 4 лет
Rp. Omeprazoli 0,02.
D.t.d. № 30 in cap.
S. Принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки, за 45 мин до еды, запивая небольшим количеством воды (содержимое капсулы нельзя разжевывать), 4 недели
Тяжелое течение активной БК любой локализации. Ведение пациента в стационарных условиях
Назначение генно-инженерных биологических препаратов осуществляется врачом-гастроэнтерологом
Инфликсимаб, стартовая доза 5 мг/кг. Индукционный курс из трех инфузий по схеме «0-2-6», т.е. со вторым введением
Окончание таблицы
препарата через 2 нед и третьим введением через 6 нед после первой инфузии. Поддерживающая терапия каждые 8 нед. У некоторых пациентов могут потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг и сокращение срока введения до 6 нед для достижения эффекта.
Адалимумаб. Подкожные введения в дозе 160 мг, а затем в дозе 80 мг через 2 нед. Поддерживающая терапия с 4 нед от начала лечения по 40 мг подкожно каждые 2 нед
Препараты, используемые при терапии БК. Не входят в перечень лекарственных средств, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике БК
Метронидазол по 1 г в день 10-14 дней, перорально или парентерально.

Ципрофлоксацин по 1 г в день 10-14 дней, перорально или парентерально
Рекомендации по образу жизни в период заболевания
Прием в пищу негрубой, щадящей пищи
Ограничение курения, приема алкогольных напитков
Реабилитация и профилактика
Специфические меры реабилитации пациентов с ЯК отсутствуют.
Меры медицинской реабилитации направлены на профилактику осложнений консервативной терапии и нежелательных последствий хирургического лечения.
Поскольку в подавляющем большинстве случаев терапия БК сопряжена с применением иммуносупрессоров, как основной способ реабилитации пациентов рекомендуется профилактика оппортунистических инфекций.
Мерой реабилитации оперированных больных служит надлежащий мониторинг за возможными послеоперационными осложнениями
Преимущества выбора препаратов (пример).

- Всем пациентам с БК рекомендовано определять вид консервативного или хирургического лечения на основании тяжести атаки, протяженности и локализации воспаления в ЖКТ, наличия внекишечных проявлений и кишечных осложнений (стриктура, абсцесс, инфильтрат), длительности анамнеза, эффективности и безопасности ранее проводившейся терапии, а также риска развития осложнений БК.
- При выборе терапии необходимо обратить внимание на наличие у пациента факторов неблагоприятного прогноза заболевания на момент установления диагноза [возраст пациента <40 лет, распространенное (>100 см) поражение тонкой кишки, ранняя потребность в назначении системных глюкокортикоидов, наличие периа-нальной болезни Крона, а также пенетрирующая форма (B3), вовлечение верхних отделов ЖКТ (L4), отсутствие заживления СО при достижении клинической ремиссии, статус курильщика, наличие эпителиоидных гранулем, наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний].
- Цели терапии соответствуют стратегии «лечения до достижения цели» («Treat to target»). Целями терапии БК являются индукция ремиссии и ее поддержание без ГК, профилактика осложнений, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений - своевременное назначение хирургического лечения.
- Поскольку хирургическое лечение не приводит к полному излечению пациентов с БК даже при радикальном удалении всех пораженных сегментов кишечника, необходимо проведение противорецидивной терапии, которую следует начать не позднее 2 нед после перенесенного оперативного вмешательства.
- Следует особо отметить, что системные ГК не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 нед.

Хирургическое лечение.

Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ. Невозможность радикального излечения пациентов с БК нередко приводит к повторным резекциям, увеличивая риск синдрома короткой кишки. Современная тактика хирургического лечения БК направлена на выполнение ограниченных резекций, а при возможности - проведение органосохраняющих вмешательств (стриктуропластика, дилатация стриктур).

Показания к хирургическому лечению БК.

- **Острые осложнения БК.** К ним относят кишечное кровотечение (при потере более 100 мл крови/сут или при объеме каловых масс с визуально определяемой примесью крови более 800 мл/сут), перфорацию кишки и токсическую дилатацию ободочной кишки. При кишечном кровотечении экстренное хирургическое вмешательство рекомендуется при невозможности стабилизировать гемодинамику пациента, несмотря на переливания эри-троцитарной массы и интенсивную гемостатическую терапию.
- **Хронические осложнения БК.** Хронические осложнения включают стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазии.
- **Неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития.** О неэффективности консервативной терапии свидетельствует наличие гормональной зависимости и резистентности. Проявлением неадекватной лекарственной терапии является также задержка физического развития, чаще всего возникающая при поражении верхних отделов ЖКТ.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
ЛН, 095/у) Обострение БК: 45-60 дней (K50), возможно направление на медико-социальную экспертизу с учетом условий труда.	БК характеризуется прогрессирующим поражением кишечника. Заболевание протекает волнообразно - фазаобострения сменяется фазой ремиссии. Пациентам требуется пожизненная терапия	Каждые 3 мес выполнять исследование уровня С-РБ высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального каль-протектина. Каждые 3 мес (у пациентов, получающих иммуносупрессоры, ежемесячно) выполнять общий анализ крови. Каждые 6 мес выполнять УЗИ кишечника (при доступности экспертного исследования). Ежегодно выполнять рентгенологическое или магнитно-резонансное исследование кишечника для исключения стрик-турирующих и иных осложнений. Ежегодно выполнять местный осмотр пери-анальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения пери-анальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком

Окончание таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
		(при доступности экспертного исследования). При отсутствии показаний, связанных с БК, периодичность (илео) колоноскопии определяется клиническими рекомендациями по раннему выявлению злокачественных новообразований толстой кишки. Особенностью диспансерного учета пациентов, подвергшихся резекции участка кишечника по поводу БК, является обязательное проведение контрольного эндоскопического исследования через 6 мес после операции

Явка на прием через 2 недели для оценки эффективности терапии.

Клинический разбор

Ситуация. К участковому терапевту пришел на прием пациент И., 40 лет.

Жалобы: частые боли в животе, больше в правой подвздошной области, ноющего характера, различной интенсивности, возникающие чаще перед стулом, уменьшаются после отхождения стула и газов; учащение стула до 4-5 раз в день, кашицеобразной консистенции, с примесью крови и слизи, боли в плечевых и локтевых суставах, снижение массы тела на 6 кг за год, общая слабость.

Анамнез заболевания. Считает себя больным год назад, когда впервые появились вышеописанные жалобы (стул в дебюте до 3-4 раз в день, периодически с кровью и слизью), наблюдался у проктолога с диагнозом «геморрой» в течение полугода, рекомендована илеоколоноскопия, от которой пациент отказывался. В динамике отмечал усиление симптомов - усиление болей в животе, учащение стула до 5-6 раз с кровью, повышение температуры до 37,2 °С, похудание на 6 кг за год и появление болей в локтевых и плечевых суставах. Месяц назад проходил стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении, и после проведения илеоколоноскопии с биопсией был выставлен диагноз: Болезнь Крона, колит, впервые выявленный, хроническое течение, инфильтративно-воспалительная форма, среднетяжелая атака, с внекишечными проявлениями (артралгии). Был назначен преднизолон 60 мг по схеме, со снижением дозы и постепенной отменой в течение 3 мес, азатиоприн 50 мг 2 раза в день, на фоне которого в течение 2 нед пациент отмечает улучшение - урежение стула, уменьшение боли и крови в стуле и нормализацию температуры. На данный момент пациент принимает 40 мг преднизолона (8 таб., утром - 6, обед - 2) и азатиоприн 50 мг 2 раза в день.

Анамнез жизни. Работает программистом дистанционно, больничный лист не требуется. Аллергоанамнез - отрицает. Сопутствующие заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает в квартире совместно с женой и сыном. Эпиданамнез: неотягощен. Прививочный анамнез: проводился, со слов, согласно национальному календарю.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Контактен. Рост 166 см, вес 58 кг, ИМТ 21,0 кг/м², ОТ 64 см. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. СО ротоглотки в области мягкого неба розовая, влажная. Периферические

ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 15 в минуту. АД - 126/78 мм рт.ст. ЧСС и пульс - 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

Диагноз: K50.1 болезнь Крона толстой кишки, хроническое течение, инфильтративно-воспалительная форма с внекишечными проявлениями (артралгии), среднетяжелая атака.

Обоснование диагноза. Учитывая жалобы пациента на боли в животе, диарею с кровью и слизью, общую слабость, наличие внекишечных проявлений в виде артралгий, данные анамнеза - установленный диагноз болезни Крона при стационарном лечении, положительный клинический эффект от терапии глюкокортикоидов, следует думать о болезни Крона.

Дифференциальная диагностика проводится:

- с клостридиальной инфекцией, у пациента имеются жалобы на диарейный синдром, ректальное кровотечение, боли в животе, лихорадку. Для подтверждения диагноза необходимо определение анализа кала для выявления токсинов А и В *Clostridium difficile*;
- раком кишечника, схожими являются симптомы - ректальное кровотечение, похудание, диарейный синдром, боли в животе, лихорадка. Для подтверждения диагноза проведена илеоколоноскопия.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Ведение пациента амбулаторное.
- При ухудшении состояния - госпитализация в стационар. **План обследования.**
- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, амилаза, креатинин, мочевины, С-РБ).
- Гемоагрегация (фибриноген).
- Определение уровня кальпротектина в кале.
- Анализ кала для выявления токсинов А и В *Clostridium difficile*.

Терапия.

- Режим - общий.
- Диетотерапия - в период обострения прием в пищу негрубой, щадящей пищи.
- Медикаментозная терапия.

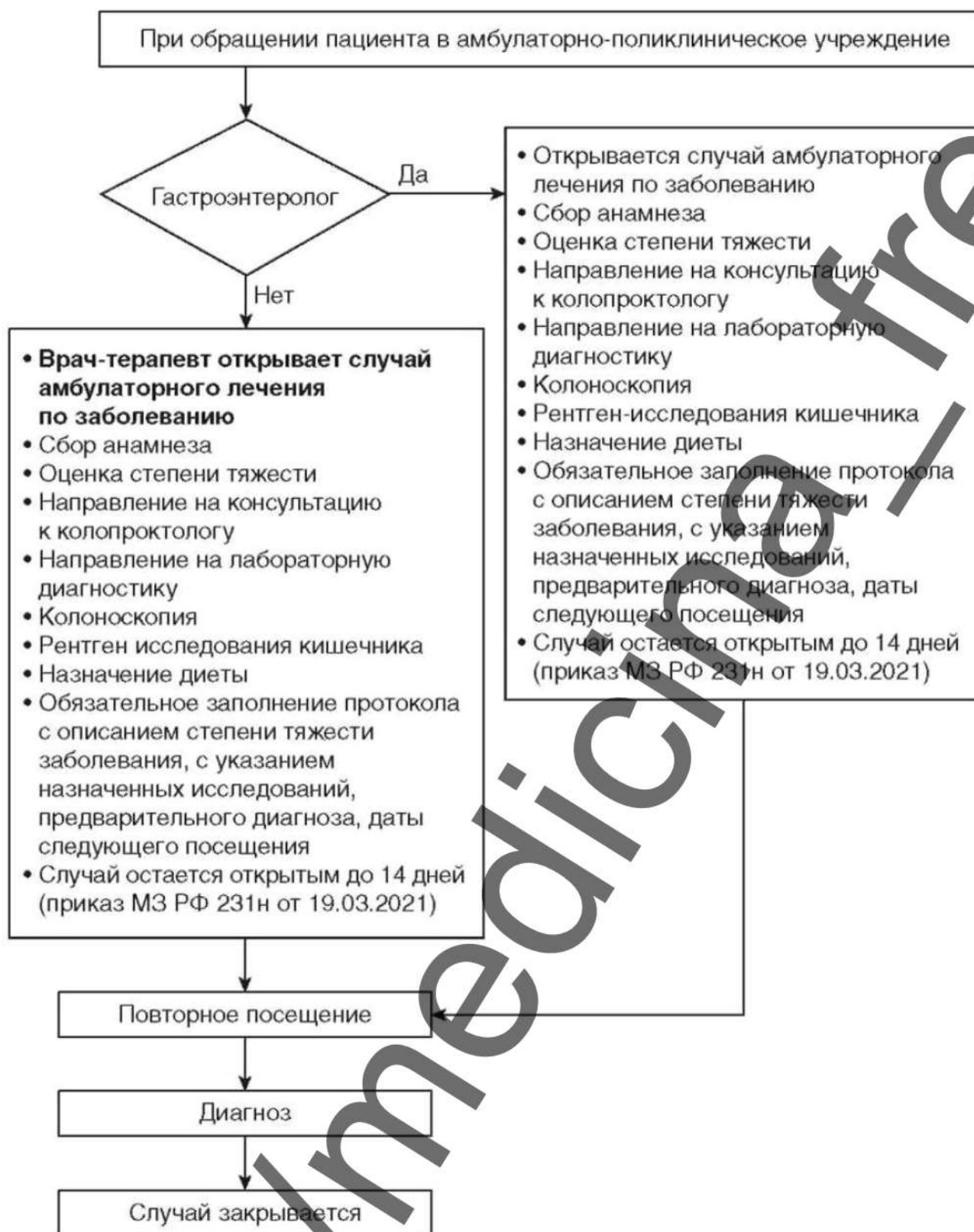
→ Преднизолон по 40 мг внутрь (8 таб., утром - 6, обед - 2), снижать на 5 мг в 5-7 дней до полной отмены, отменяя сначала более поздние приемы, суммарная длительность не должна превышать 12 нед. → Азатиоприн по 50 мг 2 раза в день внутрь,

поддерживающее лечение не менее 4 лет. **Экспертиза нетрудоспособности.** Временно нетрудоспособен, больничный лист не требуется. Средний срок: 45-60 дней (К50), возможно направление на медико-социальную экспертизу.

Профилактика и диспансерное наблюдение.

В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, должны получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания. Контролировать активность заболевания позволяют не только инструментальные методы исследования, но и лабораторные методы анализа маркеров воспаления, в первую очередь уровня фекального кальпротектина, концентрация которого в стуле коррелирует со степенью язвенного поражения ЖКТ.

- Каждые 3 мес выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина.
- Каждые 3 мес (а у пациентов, получающих иммуносупрессоры, ежемесячно) выполнять общий анализ крови.
- Каждые 6 мес выполнять УЗИ кишечника (при доступности экспертного исследования).
- Ежегодно выполнять рентгенологическое или магнитно-резонансное исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений.
- Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений.
- При отсутствии показаний, связанных с БК, периодичность (илео)колоноскопии определяется клиническими рекомендациями по раннему выявлению злокачественных новообразований толстой кишки.



2.3. Синдром раздраженного кишечника

Протокол для МИС «Синдром раздраженного кишечника. МКБ-10: K58, K58.0, K58.9»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;

2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Боль в животе (наличие боли в животе обязательно; боль неопределенная, жгучая, тупая, ноющая, постоянная, кинжальная, выкручивающая; боль уменьшается после дефекации и сочетается с изменением частоты и консистенции стула). Запор. Диарея. Вздутие. Тревожность	Длительность заболевания. Наличие других заболеваний ЖКТ. Наличие негастроэнтерологических жалоб (головная боль, ощущение внутренней дрожи, ощущение неполного вдоха, боли в спине, в поясничной области, мышечные и суставные боли; урологические симптомы; нарушение ночного сна; депрессивное или ипохондрическое расстройство). Несоответствие между большим количеством жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным состоянием.

Продолжение таблицы

Жалобы		Анамнез	
		В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления клинических признаков болезни: не был(а). Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает	
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост __, вес __, ИМТ __, О ₂ __, Т __, SpO ₂ __, ЧСС __, АД __, ЧДД __
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемизованы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой;		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета __. Деформация суставов __. Атрофия мышц __. Отсутствие конечностей __

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)		
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:
• нормальная; • бочкообразная; • рахитическая; • воронкообразная.	• поверхностное; • глубокое; • ритмичное; • Чейна-Стокса; • Биота; • Куессмауля.	• в норме; • расширены влево на _ см; • вправо на _ см.
Одышка:	Аускультация:	Аускультация:
• инспираторная; • экспираторная; • смешанная	• ясный легочный звук; • сухие хрипы; • влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плевры; • ригидность грудной клетки	• тоны ритмичные; • тоны аритмичные; • тоны громкие; • тоны приглушены; • тоны глухие.
Органы пищеварения		Пульс:
Осмотр:		• частота _ в минуту; • симметричный; • несимметричный; • удовлетворительного наполнения; • напряженный; • слабого наполнения
• живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания		Мочевая система
		Осмотр области почек - без изменений.
		Пальпация почек:
		• безболезненна; • болезненна слева;

Окончание таблицы

Органы пищеварения - живот симметричный; - живот асимметричный; - увеличен за счет асцита; - увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: - размеры печени по Курлову не увеличены; - размеры печени по Курлову увеличены; - размеры селезенки не увеличены; - размеры селезенки увеличены. Пальпация: - при поверхностной пальпации болезненности нет; - при поверхностной пальпации определяется болезненность в_ области; - при глубокой пальпации болезненности нет; - при глубокой пальпации определяется болезненность в_ области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное
Эндокринная система Осмотр: - выражение лица не изменено; - передняя поверхность шеи не изменена; - передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: - щитовидная железа не пальпируется; - пальпируется увеличенная щитовидная железа	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена

Римские критерии IV (диагностические критерии СРК).

Рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю, характеризующаяся следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией;
- сочетается с изменением частоты дефекаций;
- сочетается с изменением консистенции кала. Симптомы возникают в течение последних 3 мес при общей продолжительности наблюдения не менее 6 мес. **Классификация.**

В зависимости от характера изменений формы кала.

- Синдром раздраженного кишечника (СРК) с запором (СРК-З): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 1-2 по Бристольской шкале, менее чем в 25% - типам 6-7.
- СРК с диареей (СРК-Д): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 6-7 по Бристольской шкале, менее чем в 25% - типам 1-2.
- Смешанный вариант СРК (СРК-М): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 1-2 по Бристольской шкале и более чем в 25% - типам 6-7.
- Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н): жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но этого недостаточно для того, чтобы были диагностированы первые три варианта заболевания.

Лабораторные и инструментальные исследования - Общий анализ крови; - С-РБ; - общий анализ кала; - кал на скрытую кровь; - общий анализ мочи; - определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе. Окончание таблицы	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Водородный дыхательный тест с декстрозой (Глюкозой) или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста у пациентов с СРК-Д и СРК-М. Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования

• определение уровня гормонов щитовидной железы	(Shigella spp., Salmonella spp., Yersinia spp. и др.), токсинов А и В Clostridium difficile. Определение уровня кальпротектина в кале. Определение суточной потери жира (по показаниям) у пациентов с СРК-Д и СРК-М. УЗИ ОБП. Эндоскопическая гастродуоденоскопия с биопсией ДПК для исключения целиакии (биопсию выполняют при выявлении АТ к tTG в диагностическом титре у больных целиакией или их родственников первой линии). Колоноскопия с биопсией
---	--

Симптомы тревоги (служат показаниями для углубленного обследования).

- Потеря массы тела.
- Начало в пожилом возрасте.
- Ночная симптоматика.
- Рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников.
- Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ.
- Прогрессирующее течение заболевания.
- Лихорадка.
- Изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).
- Снижение уровня гемоглобина.
- Лейкоцитоз.
- Повышение СОЭ.
- Наличие скрытой крови в кале.
- Изменения в биохимическом анализе крови.
- Стеаторея и полифекалия.

Диагнозы по МКБ-10

K58 Синдром раздраженного кишечника.

K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей.

K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи.

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Препараты для купирования боли

Rp. Hyoscine butylbromidi 0,01. D.t.d. № 90 in tab.

S. Принимать внутрь по 1-2 таблетке 3 раза в сутки, запивая водой, независимо от приема пищи, 4 нед

Rp. Pinaverium bromidi 0,05.

D.t.d. № 90 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, во время еды, запивая большим количеством воды, не разламывая, не разжевывая и не рассасывая, 4 недели

Rp. Mebeverini 0,2. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, за 20 мин до еды, не разжевывая и запивая водой, 4 недели

Препараты для купирования диареи

Rp. Loperamidi 0,002. D.t.d. № 10 in cap.

S. Принимать внутрь по 2 капсулы в сутки, не разжевывая, запивая водой, дозу корректируют таким образом, чтобы

Продолжение таблицы

частота стула составляла 1-2 раза в сутки, что обычно достигается при поддерживающей дозе 2-12 мг в сутки (1-6 капсул), 2-4 недели

Rp. Smectite diocthaedryci 3. D.t.d. № 30 in pulv.

S. Принимать внутрь по 1 пакетик 3 раза в сутки, растворяя содержимое каждого пакетика в ½ стакана воды, 2-4 недели

Rp. Rifaximini 0,2. D.t.d. № 28 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, каждые 6 ч, запивая стаканом воды, независимо от приема пищи, 7 дней

Препараты для лечения запора

Rp. Plantago ovatae 3,25. D.t.d. № 90 in pulv.

S. Принимать внутрь по 1 пакетик 3 раза в сутки, после размешивания в большом количестве жидкости (не менее 150 мл), за 30 мин до еды или спустя 2 ч после еды, 4 недели

Rp. Macrogoli 4000 10 g.

D.t.d. № 90 in pulv.

S. Принимать внутрь по 1 пакетик 2 раза в сутки, содержимое каждого пакета следует растворить в стакане с водой непосредственно перед приемом, 4 недели

Rp. Lactulosae 0,667-500 ml D.t.d. № 10 in sir.

S. Принимать внутрь в начальной дозе 15 мл в сутки, поддерживающая дозировка 10-25 мл в сутки, 4 недели

Rp. Bisacodyli 0,005.

t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки, вечером перед сном, при отсутствии эффекта однократную дозу увеличивают до 2-3 таблетки, 10-14 дней

Rp. Prucalopridi 0,002. D.t.d. № 28 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки, независимо от приема пищи, в любое время суток, 4 недели

Продолжение таблицы

Препараты комбинированного действия

Rp. Trimebutini 0,2. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки, 4 недели

Психотропные препараты

Rp. Desipramini 0,025. D.t.d. № 120 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, 4 недели

Rp. Paroxetini 0,01. D.t.d. № 120 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, 4 недели

Rp. Sertralini 0,025.

D.t.d. № 120 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, 4 недели

Rp. Citaloprami 0,01. D.t.d. № 120 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки, 4 недели

Не входят в перечень лекарственных средств, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике СРК

Препарат STW 5 растительного происхождения, внутрь,

по 20 капель 3 раза в сутки, перед или во время еды, с небольшим

количеством воды, 4 недели

Колофорт по 1 или 2 таблетке 2 раза в день, внутрь, не во время приема пищи, держать во рту до полного растворения. Курс лечения - 1-3 мес

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Элиминационная диета.

Диета со сниженным содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов FODMAP Ведение «пищевого дневника».

Окончание таблицы

При недостаточной эффективности диеты - альфа-галактозидаза 1-3 таблетке с первыми порциями пищи. Умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой)

Реабилитация и профилактика

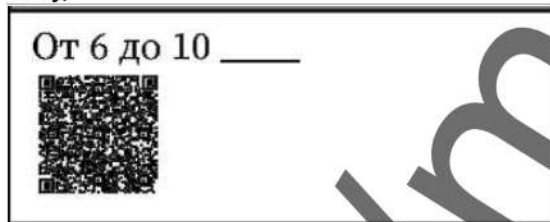
Специфические меры реабилитации и профилактики пациентов с СРК отсутствуют

Преимущества выбора препаратов (пример).

При сравнительной оценке препаратов отмечена высокая эффективность тиосцина бутилбромид и пинаверия бромид (NNT=3). Кроме того, согласно результатам отдельных исследований, применение некоторых спазмолитиков (например, мебеверина), наряду с уменьшением интенсивности боли в животе, приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК. Мебеверин также обладает высоким профилем безопасности, его хорошо переносят больные при длительном применении.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН,

095/y)



Критерии выздоровления

Нормализация стула. Отсутствие болей в животе

Диспансерное наблюдение

Не проводится

Явка на прием через 3 дня с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. К участковому терапевту пришла на прием пациентка Р., 28 лет.

Жалобы: периодические боли в животе, больше в левом фланге и левой подвздошной области, сжимающего характера, умеренной интенсивности, возникающие чаще перед стулом,

уменьшаются или исчезают после опорожнения кишечника, иногда возникают сразу после еды, терпимые, по частоте в среднем 3-4 раза в неделю, иногда принимает дротаверин (Но-шпу®) с положительным эффектом, также отмечает диа-рейный синдром - стул 3-4 раза в день, чаще после завтрака, в первую половину дня, кашицеобразной, иногда жидкой консистенции, без патологических примесей, периодически чувство неполного опорожнения кишечника, частое вздутие живота.

Анамнез заболевания. Считает себя больной 3 года, когда впервые появились вышеописанные жалобы, отмечает усиление болей при стрессовых ситуациях, волнении. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала дротаверин (Но-шпу®) с положительным эффектом. 2 мес назад сдавала общий анализ крови, С-реактивный белок ультрачувствительный - все показатели в норме, анализ кала на каль-протектин и копрограмма в пределах нормы. Консультация гинеколога неделю назад патологии не выявила.

Анамнез жизни. Работает юристом. Аллергоанамнез - аллергия на пенициллины с детства. Сопутствующие заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает в квартире совместно с родителями, не замужем. Эпиданамнез: неотягощен. Прививочный анамнез: проводился, со слов, согласно национальному календарю.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Рост 165 см, вес 56 кг. ИМТ 20,6 кг/м². ОТ 68 см. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. СО ротоглотки в области мягкого нёба розовая, влажная. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 14 в минуту. АД - 124/72 мм рт.ст. ЧСС - 84 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области сигмовидной кишки. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

Диагноз: K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей.

Обоснование диагноза. Учитывая жалобы пациентки на рецидивирующую боль в животе >3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев, уменьшающуюся после дефекации, связанную с изменением частоты и характера стула (диарея), молодой возраст пациентки, отсутствие «симптомов тревоги», данные анамнеза (связь абдоминального синдрома со стрессовыми ситуациями), следует думать о диагнозе «Синдром раздраженного кишечника».

Дифференциальная диагностика проводится с:

- воспалительными заболеваниями кишечника (схожими симптомами являются абдоминальный болевой и диарейный синдромы). Для подтверждения диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией;
- целиакией (у пациентки молодого возраста имеется хроническая диарея). Для подтверждения диагноза необходимо определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе и при положительном результате - эндоскопическая гастродуоденоскопия с биопсией ДПК.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Ведение пациента амбулаторное.
- При ухудшении состояния, появлении «симптомов тревоги» - госпитализация в стационар.

План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Общий анализ мочи.
- Исследование С-РБ.
- Кал на скрытую кровь.
- Общий анализ мочи.
- Определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе.
- Определение уровня гормонов щитовидной железы.
- Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (*Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Yersinia spp.* и др.), токсинов А и В *Clostridium difficile*.
- УЗИ ОБП.

Терапия.

- Режим - общий.
- Диетотерапия - диета со сниженным содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов FODMAP.
- Препараты для купирования боли, на выбор:
 - гиосцина бутилбромид по 1-2 таблетки 3-5 раз в сутки, 4 нед;
 - пинаверия бромид по 1 таб. 50 мг 3-4 раза в сутки
 - или по 1 таб. 100 мг 2 раза в сутки, 4 нед; → мебеверин по 1 таб. 200 мг 2 раза в сутки, 4 нед.
- Препараты для купирования диареи, на выбор:
 - лоперамид внутрь по 2 капсулы/таб. (4 мг) в сутки, затем по 1 капсуле/таб. (2 мг) после каждого акта дефекации в случае жидкого стула, 2-4 нед; → смектит диоктаэдрический внутрь по 1 пакетик

3 раза в сутки, 2-4 нед; → рифаксимин по 1 таб. 200 мг каждые 6 ч, 7 дней. **Экспертиза**

нетрудоспособности. Трудоспособен. **Профилактика и диспансерное наблюдение.** Специфических мер профилактики СРК не существует. Учитывая доброкачественный характер СРК, при котором не отмечено повышения риска развития органических заболеваний ЖКТ, дополнительного планового диспансерного наблюдения за больными и их контрольных обследований не требуется.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



2.4. Хронический запор у взрослых

Протокол для МИС «Хронический запор у взрослых. МКБ-10: K59.0»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Снижение частоты стула (реже 3 раз в неделю). Ощущение неполного опорожнения кишечника. Повышенное натуживание при акте дефекации. Комковатый стул, по типу «овечьего кала». Использование мануальных манипуляций для совершения дефекации. Необходимость применения слабительных препаратов и очистительных клизм. Вздутие живота.	Время, в течение которого наблюдаются перечисленные симптомы, быстрое или постепенное появление симптомов. Прием слабительных: кратность и дозы, применение очистительных клизм.

Перенесенные и сопутствующие заболевания.

Прием лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний.

Оперативные вмешательства, в том числе гинекологические и урологические.

В контакте с источником инфекции в течение 7 дней до появления

Продолжение таблицы

Жалобы		Анамнез	
Боль в животе (ноющая, спастическая, тянущая)		клинических признаков болезни: • не был(а). Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает	
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост __, вес __, ИМТ __, ОТ __, Т __, SpO ₂ __, ЧСС __, АД __, ЧДД __
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык:		Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета __. Деформация суставов __. Атрофия мышц __. Отсутствие конечностей __
• влажный, сухой;			
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)			

Продолжение таблицы

Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:	
• нормальная;	• поверхностное;	• в норме;	
• бочкообразная;	• глубокое;	• расширены влево на _см;	
• рахитическая;	• ритмичное;	• вправо на _см. Аускультация:	
• воронкообразная. Одышка:	• Чейна-Стокса;	• тоны ритмичные;	
• инспираторная;	• Биота;	• тоны аритмичные;	
• экспираторная;	• Куссмауля. Аускультация:	• тоны громкие;	
• смешанная	• ясный легочный звук;	• тоны приглушены;	
	• сухие хрипы;	• тоны глухие. Пульс:	
	• влажные хрипы;	• частота _в минуту;	
	• крепитация;	• симметричный;	
	• шум трения плевры;	• несимметричный;	
	• ригидность грудной клетки;	• удовлетворительного наполнения;	
		• напряженный;	
		• слабого наполнения	
Органы пищеварения		Мочевая система	
Осмотр:		Осмотр области почек - без изменений.	
• живот правильной формы;		Пальпация почек:	
• живот неправильной формы;		• безболезненна;	
• равномерно участвует в акте дыхания;		• болезненна слева;	
• неравномерно участвует в акте дыхания;		• болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева.	
• живот симметричный;		Мочеиспускание: нарушено/не нарушено;	
• живот асимметричный;		болезненное/безболезненное	
• увеличен за счет асцита;			
• увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.			

Окончание таблицы

Органы пищеварения Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	Мочевая система
Эндокринная система Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Нервная система Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена

Классификация.

1. Первичный (функциональный) запор.

2. Вторичный запор (запор как симптом):

→ механическое препятствие прохождению каловых масс (колоректальный рак, воспалительные заболевания кишечника, анальные трещины, сдавление кишки снаружи и др.);

→ неврологические заболевания (автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, опухоль спинного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, рассеянный склероз и др.);

→ эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, нарушения электролитного обмена при заболеваниях надпочечников и др.);

→ психические расстройства (эмоциональные расстройства, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, анорексия и др.);

→ системные заболевания соединительной ткани (дерматомиозит, системная склеродермия и др.);

→ особенности питания [низкое содержание в рационе неперевариваемой клетчатки, употребление термически обработанной пищи, нарушение ритма питания (прием пищи 1-2 раза в день)];

→ прием медикаментов (антидепрессанты, блокаторы Ca^{2+} -каналов, антихолинергические препараты, соединения железа, одновременное применение большого количества лекарственных препаратов и др.).

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Общий анализ крови с лейкоформулой; • колоноскопия (для пациентов старше 50 лет - скрининг колоректального рака); Окончание таблицы	Аноректальная манометрия (пациентам с болезнью Гир-шпрунга и мегаколоном). Дефекография (при подозрении на ректоцеле, наружное и внутреннее выпадение прямой)

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• рентгеновский контроль прохождения содержимого по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров (ирригоскопия); • тест изгнания баллона из прямой кишки Симптомы тревоги (служат показаниями для углубленного обследования).	кишки, опущение промежности, сигмоцеле). Суммарная электромиография наружного анального сфинктера или тазового дна (при подозрении на диссинергию мышц тазового дна)

• Лихорадка.

• Примесь крови в кале.

• Прерывание ночного сна возникающими кишечными расстройствами.

• Похудание без явных причин.

- Анемия, лейкоцитоз, изменения биохимических и иммунологических проб.

Показания к госпитализации:

- наличие у пациентов «симптомов тревоги»
- недостаточная эффективность амбулаторного лечения. Явка на прием через 2 недели с результатами обследования и для оценки эффективности терапии.

Диагноз по МКБ-10

K59.0 Запор

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

(выбор одного из перечисленных препаратов)

Rp. Polyethylene glycoli 10. D.t.d. № 30 in sarc.

S. Принимать внутрь по 1 пакету 1 раз в сутки утром, растворив содержимое пакетика в стакане с водой непосредственно перед приемом, в течение 30 дней

Rp. Lactulosae 0,667-500 ml. D.t.d. № 10 in sir.

S. Принимать внутрь в начальной дозе 15 мл в сутки, поддерживающая дозировка 10-25 мл в сутки, 4 недели

Rp. Lactulol 0,02. D.t.d. № 20 in pulv.

S. Принимать по 20 г порошка в сутки внутрь во время еды, смешав с напитками (вода, чай, кофе, соки) или жидкой пищей, в течение 4-5 недель.

Rp. Bisacodyli 0,005. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке в день, вечером перед сном, при отсутствии эффекта однократную дозу увеличивают до 2-3 таблетки, 10-14 дней

Препарат, воздействующий на серотониновые рецепторы

• Rp. Prucalopridi 0,002.

• D.t.d. № 30 in tab.

• S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки вне зависимости от приема пищи и времени суток, в течение 30 дней

Немедикаментозная терапия

1. Пациентам с запорами, обусловленными замедлением транзита, с целью нормализации стула при их хирургическом лечении рекомендуется выполнение колэктомии с формированием

Окончание таблицы

илеоректального, цекоректального или асцендоректального анастомоза.

2. Пациентам с сочетанием рефрактерных запоров, обусловленных замедлением транзита, с расстройствами дефекации с целью предоперационной коррекции имеющихся эвакуатор-ных расстройств рекомендуется проведение терапии с использованием биологической обратной связи

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Питание: увеличение содержания в рационе пищевых волокон

(пшеничных отрубей, семян подорожника).

Прием достаточного количества жидкости.

Адекватная физическая нагрузка (гимнастика, плавание)

Реабилитация

Санаторно-курортное лечение.

Физиотерапия.

Прием минеральных вод.

Гидроколонтотерапия

Профилактика

Лицам, склонным к возникновению запоров, с целью их профилактики рекомендуется ведение определенного образа жизни, включающего в себя высокую физическую активность, достаточное употребление жидкости, свежих овощей и фруктов

Преимущества выбора препаратов.

• Полиэтиленгликоль. По данным метаанализа 2011 г. по 10 рандомизированным исследованиям, полиэтиленгликоль продемонстрировал более высокую эффективность по таким показателям, как увеличение количества актов дефекаций в неделю, улучшение консистенции стула, уменьшение боли в животе и эффективность монотерапии, при этом применение полиэтиленгликоля реже сопровождалось возникновением тошноты и вздутия живота. При курсовом назначении полиэтиленгликоля был показан эффект последствия – обеспечение нормальной функции кишечника после отмены препарата (уровень доказательности А).

• Лактитол - осмотическое слабительное с пребиотическим эффектом. Попадая в толстую кишку, лактитол расщепляется сахаролитическими бактериями с образованием короткоцепочечных жирных кислот (масляной, молочной, уксусной, пропионовой), которые приводят к снижению внутрикишечного pH, что способствует активации пропульсивной перистальтики толстой кишки, увеличению объема кишечного содержимого и его разжижению. Большое количество масляной кислоты, которое образуется при расщеплении лактитола, оказывает положительное влияние на трофику колоноцитов и улучшает состояние кишечного барьера, что сопровождается снижением концентрации эндотоксина во внутренней среде организма (уровень доказательности А).

• Контактные слабительные препараты (бисакодил и т.д.), усиливающие перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника, подтвердили свою более высокую эффективность при лечении хронического запора по сравнению с плацебо. Однако не рекомендовано применение стимулирующих слабительных препаратов более 2 нед, так как это сопряжено с различными побочными эффектами (диарея, боли в животе, электролитные нарушения, дегенеративные изменения нервных сплетений, эффект привыкания) (уровень доказательности С).

• Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении. Прукалоприд одобрен с 2009 г. в европейских странах для лечения хронических запоров в тех случаях, когда слабительные средства не обеспечивают должного эффекта в устранении запора (уровень убедительности рекомендаций - C).

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Трудоспособность не нарушена	Нормализация частоты и консистенции стула	Не проводится

Клинический разбор

Ситуация. Пациент З., 39 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: снижение частоты стула до 2 раз в неделю, временами - ощущение неполного опорожнения кишечника, стул по типу «овечьего кала», без примеси крови, слизи, коричневого цвета, вздутие живота, временами - дискомфорт в животе перед актом дефекации. Мочеиспускание не нарушено. Аппетит сохранен, вес стабильный. Повышения температуры не отмечает.

Анамнез заболевания. Симптомы беспокоят в течение последних 10 лет, начало связывает с изменением характера питания (переезд в другую страну, смена привычного рациона). Запор пытался лечить самостоятельно применением стимулирующих слабительных препаратов с кратковременным эффектом. Ранее к врачам по поводу данных жалоб не обращался, обследование не проходил.

Анамнез жизни. Работает водителем городского автобуса. Аллергоанамнез не отягощен. Сопутствующие заболевания отрицает. Не курит. Алкоголь употребляет редко (1 раз в несколько месяцев). Проживает в квартире совместно с женой и двумя детьми 14 и 8 лет. Эпиданамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.

Объективный статус. Температура тела 36,6 °С. Рост 175 см, вес 86 кг, ИМТ 28,1 кг/м², ОТ 78 см. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, высыпаний нет. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 15 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Ps=ЧСС=73 в минуту. СО ротовой полости бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, симметричный, несколько вздут. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перкуторно тимпанический звук. При глубокой пальпации отмечается расширенная сигмовидная кишка плотной консистенции; при пальпации остальных отделов толстого кишечника патологии не выявлено. Печень по Курло-ву 9×8×7 см, край пальпируется у края реберной дуги, закруглен, безболезненный. Пузырные знаки отрицательные. Селезенка перкуторно 6×4 см, не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Диагноз: K59.0 Запор.

Обоснование диагноза. Учитывая наличие специфических жалоб, отсутствие симптомов тревоги (повышения температуры, крови в кале, немотивированного снижения веса, признаков воспаления), неотягощенную наследственность, а также наличие факторов риска (гиподинамия, повышенный индекс массы тела), представляется наиболее вероятным диагноз первичного запора. Однако для исключения органической патологии необходимо проведение дополнительных методов обследования.

Дифференциальная диагностика проводится:

- с вторичными запорами. При неэффективности первичной терапии запоров может потребоваться дополнительное обследование, включая колоноскопию;
- синдромом раздраженного кишечника. Должна наблюдаться четкая взаимосвязь нарушения стула и болей в животе.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент среднего возраста без соматической патологии с функциональной патологией может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу с результатами обследования через 5 дней.

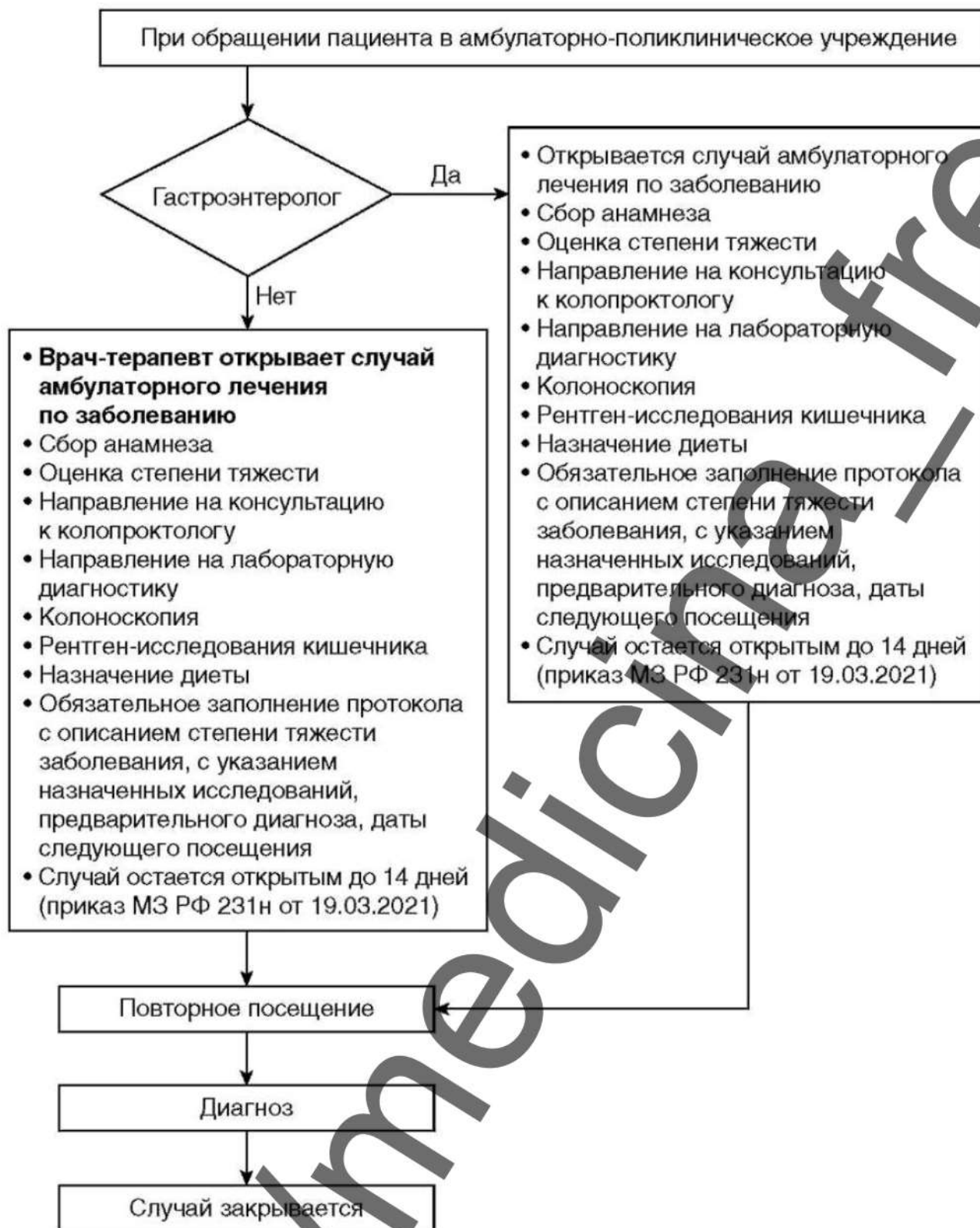
План обследования.

- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.
- Ирригоскопия. **Терапия.**
- Режим обычный.
- Питание: увеличение содержания в рационе пищевых волокон (пшеничных отрубей, семян подорожника), прием достаточного количества жидкости, адекватная физическая нагрузка (гимнастика, плавание).
- Лактулоза - по 15 мл сиропа в сутки внутрь под контролем самочувствия и стула; при возникновении диареи - снижение дозы до 10 мл в сутки. После стойкой нормализации стула постепенное снижение дозы до полной отмены. Общий курс терапии - 4-6 нед.
- При неэффективности лактулозы - полиэтиленгликоль внутрь по 1 пакету (10 г) 1 раз в сутки утром, растворив содержимое пакетика в стакане с водой непосредственно перед приемом, в течение 30 дней.
- При сохранении запоров на фоне терапии рекомендовано дополнительное обследование с целью исключения органической патологии.

Экспертиза нетрудоспособности: трудоспособность не нарушена. **Профилактика.**

Лицам, склонным к возникновению запоров, с целью их профилактики рекомендуется ведение определенного образа жизни, включающего в себя высокую физическую активность, достаточное употребление жидкости, свежих овощей и фруктов.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



Глава 3. Заболевания печени и желчевыводящих путей

3.1. Хронический вирусный гепатит В у взрослых

Протокол для МИС «Хронический вирусный гепатит В у взрослых. МКБ-10: В18.1»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;

2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Желтушность слизистых и кожных покровов. Увеличение живота в объеме.	Факт перенесенной ВГВ-инфекции у пациента или ближайших родственников. Употребление инъекционных наркотических средств.

Продолжение таблицы

Жалобы	Анамнез
Периодические спонтанные кровотечения и/или кровоизлияния. Отеки. Тяжесть в правом подреберье. Похудание. Общее недомогание. Тошнота, рвота. Потемнение мочи. Рвота «кофейной гущей». Долгое время жалобы могут отсутствовать или быть неспецифичными в виде слабости, повышенной утомляемости, тяжести в правом подреберье. Развернутая клиническая картина появляется на поздней стадии сформированного цирроза печени	Незащищенные половые акты. Ранее проведенные различные лечебно-диагностические манипуляции (фиброгастродуоденоскопия, бронхоскопия), произведенные недостаточно стерильным инструментом многократного пользования. Переливание крови и ее компонентов. Косметологические процедуры. Оперативные вмешательства. Отсутствие вакцинации либо неполный курс вакцинации. В контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не пьет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали. За последние 6 мес за пределы РФ не выезжал. Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост __, вес __, ИМТ __, ОТ __, Т __, SpO ₂ __, ЧСС __, АД __, ЧДД __

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)	Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета __. Деформация суставов __. Атрофия мышц __. Отсутствие конечностей __

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
Форма грудной клетки: • нормальная; • бочкообразная; • рахитическая; • воронкообразная. Одышка: • инспираторная; • экспираторная; • смешанная	Перкуторно границы относительной сердечной тупости: • в норме; • расширены влево на __ см; • вправо на __ см. Аускультация: • тоны ритмичные; • тоны аритмичные; • тоны громкие; • тоны приглушены; • тоны глухие. Пульс: • частота __ в минуту;
Дыхание: • поверхностное; • глубокое; • ритмичное; • Чейна-Стокса; • Биота; • Куссамауля. Аускультация: • ясный легочный звук; • сухие хрипы; • влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плевры;	

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
• ригидность грудной клетки	• симметричный; • несимметричный; • удовлетворительного наполнения;

	• напряженный; • слабого наполнения
Органы пищеварения	Мочевая система
Осмотр:	Осмотр области почек - без изменений.
• живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцит; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.	Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева.
Перкуссия:	Мочеиспускание:
• размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в области.	нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное

Продолжение таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация печени:	
консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс.	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр:	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
• выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена.	
Пальпация:	
• щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой.	Определение антител к пероксидазе, гладким мышцам, микросомальным антигенам печени и почек, анти-нуклеарные антитела.
• Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТП, ЩФ, креатинин). • Коагулограмма (протромбиновый индекс, или протромбиновое время, или МНО). • Общий анализ мочи. • Определение антигенов ВГВ (HBsAg, HBeAg). • Определение антител к антигенам ВГВ (анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc).	- Определение уровня тиреотропного гормона, свободного тироксина. - Определение мутаций устойчивости ВГВ к противовирусным
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
анти-HBcIgM, анти-HDV).	препаратам.
• Обнаружение ДНК ВГВ (качественное исследование). • Обнаружение ДНК ВГВ (количественный тест). • Обнаружение РНК ВГД (качественный тест). • Определение генотипа ВГВ. • Определение α-фетопротеина. • Эластометрия печени. • ЭГДС. • УЗИ ОБП и забрюшинного пространства	КТ или МРТ ОБП в нативном режиме и с контрастным усилением. Пункционная биопсия печени

Классификация.

1. По фазам инфекционного процесса: → репликативная;

→ интегративная.

2. По стадиям:

→ 0 - без фиброза;

→ 1 - слабовыраженный фиброз;

→ 2 - умеренный фиброз;

→ 3 - выраженный фиброз;

→ 4 - цирроз печени (ЦП).

3. По активности цитолитического синдрома: → без цитолитической активности;

→ низкая цитолитическая активность; → умеренная цитолитическая активность; → высокая цитолитическая активность.

4. По наличию осложнений: → без осложнений;

→ с наличием осложнений.

5. По стадиям патологического процесса при естественном течении ВГВ-инфекции: → фаза иммунной толерантности; → фаза иммунной реактивности; → фаза неактивного носительства; → фаза поздней иммуноактивности; → фаза латентного течения.

Оценка степени тяжести цирроза печени по шкале Чайлда-Пью

• Баллы выставляются в зависимости от значения каждого из параметров от 1 до 3, после чего суммируются:

• класс A (Child A): 5-6 баллов;

• класс B (Child B): 7-9 баллов;

• класс C (Child C): 10-15 баллов

Оцениваемые параметры	Число баллов в зависимости от значения параметра		
	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Отсутствует	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо контролируемый
Общий билирубин плазмы, мкмоль/л (мг/дл)	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)
Альбумин плазмы крови, г	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Печеночная энцефалопатия	Отсутствует	Степень I-II (легкая, терапевтически контролируемая)	Степень III-IV (тяжелая, плохо контролируемая)
Протромбиновый индекс, % или протромбиновое время, с или международное нормализованное отношение (МНО)	>60 или 1-4 или <1,70	40-60 или 4-6 или 1,71-2,20	<40 или >6 или >2,20

Показания для экстренной госпитализации:

• кровотечение;

• боли в животе;

• появление желтухи;

• головная боль с нарушением сознания. Показания для плановой госпитализации:

• начало противовирусной терапии (ПВТ) хронической ВГВ-инфекции;

• побочные эффекты в результате ПВТ хронической ВГВ-инфекции;

• длительно удерживающаяся гипертермия;

• обострение хронических заболеваний;

• снижение гематологических показателей ниже допустимых;

• выполнение пункционной биопсии печени (по необходимости);

• тяжелые внепеченочные проявления хронической ВГВ-инфекции;

• декомпенсированный ЦП в исходе хронической ВГВ-инфекции

Диагнозы по МКБ-10

B18.0 Хронический гепатит В с дельта-агентом, B18.1 Хронический гепатит В без дельта-агента

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Этиотропная (противовирусная) терапия

ПВТ назначается врачом-инфекционистом

Продолжение таблицы

Патогенетическая терапия

• Rp. Sol. Ademetionini lyophilisate 0,4. D.d.t. № 10 in amp.

S. 2 ампулы препарата для внутривенного введения следует растворить в 250 мл хлорида натрия или 5% раствора декстрозы, принимать в течение 2 недель. Вводить очень медленно в течение 1-2 ч., с последующим переходом на пероральный прием.

• Rp. Ademetionini 0,4.

D.d.t. № 40 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 6 месяцев.

• Rp. Acidi Ursodeoxycholic 0,25. D.d.t. № 50 in caps.

S. Принимать внутрь по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 3-х месяцев.

• Rp. Acidi Glycyrrhizici 0,5 + Phospholipideci 0,2.

D.t.d. № 10 in sol.

S. Вводить в/в, предварительно растворив порошок в 10 мл воды для инъекций. Внутривенное введение осуществлять медленно. Вводят по 10 мл ежедневно 2 раза в сутки утром и вечером в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный прием.

• Rp. Acidi Glycyrrhizici 0,65 + Phospholipideci 0,35. D.t.d. № 50 in caps.

S. Принимают внутрь по 2 капсулы во время еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости, 3 месяца.

Симптоматическая терапия

Рекомендовано пациентам с признаками печеночной энцефалопатии назначение орнитина с гипозотемической, дезинтоксикационной, гепатопротекторной целями:

• орнитин назначается до 8 ампул в сутки, предварительно растворять в 1000 мл инфузионного раствора; максимальная скорость внутривенного введения - 5 г/ч.

Рекомендовано назначение спазмолитиков пациентам с жалобами на ноющие боли в правом подреберье и при развитии холестаза для улучшения оттока желчи:

• дротаверин по 40-80 мг 1-2 раза в сутки, папаверин по 40 мг 2-3 раза в сутки.

Продолжение таблицы

Рекомендована антибактериальная терапия пациентам с присоединением инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и др.)

для санации очагов бактериальной инфекции:

• цефалоспорины (цефазолин или цефтриаксон в дозе 1000 мг 2 раза в сутки внутримышечно), метронидазол 250-500 мг 3 раза в сутки внутрь. Длительность курса 10-14 дней. Предпочтительным является назначение метронидазола.

При наличии у пациентов лихорадки рекомендовано применение ибупрофена в дозе 10 мг/кг с антипиретической целью не чаще чем через каждые 6 ч, для взрослых не более 3 г в сутки.

Рекомендовано проведение длительной диуретической терапии спиронолактоном пациентам с ЦП для купирования отечно-асцитического синдрома:

• спиронолактон (калийсберегающий диуретик) по 100-400 мг в сутки (доза подбирается индивидуально). В случае недостаточности эффекта антагонистов альдостерона показано дополнительное введение петлевых диуретиков - фуросемид в начальной дозе 20-40 мг в сутки.

Рекомендуется использование ингибиторов протеаз и фибринолиза пациентам с наличием геморрагического синдрома для коррекции гемостаза:

• назначение 5% раствора ε-аминокапроновой кислоты в дозе по 200 мл 2 раза в сутки, аprotинина по 100-200 ЕД или аprotинина по 800-1200 ЕД через каждые 3-4 ч.

Рекомендовано всем больным хроническим ВГВ проведение терапии, направленной на нормализацию функции ЖКТ (профилактику запоров, борьбу с дисфункцией) для ежедневного опорожнения кишечника с целью выведения токсических веществ:

• слабительные (лактолоза 30-60 мл/сут внутрь, домперидон 10-20 мг 2 раза в сутки внутрь, метоклопрамид 20 мг 1-3 раза в сутки внутрь), энтеросорбенты (активированный уголь 1-2 г 3 или 4 раза в сутки, смектит диоктаэдрический по 1 пакетику 3 раза в сутки, растворяя его содержимое в 1/2 стакана воды; кремния диоксид коллоидный - средняя суточная доза у взрослых 0,1-0,2 г на 1 кг массы тела (6-12 г), принимается 3-4 раза в сутки, растворить в 1/4-1/2 стакана воды). Длительность курса

3-5 дней, необходимо следить за ежедневным опорожнением
Окончание таблицы

кишечника, доза лактулозы и других слабительных должна подбираться индивидуально таким образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Следует придерживаться щадящего режима и диеты. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинину, баранину).

Категорически запрещается алкоголь в любых видах

Реабилитация

В настоящее время реабилитационные мероприятия не разработаны

Профилактика

Профилактика ХВГВ должна проводиться комплексно в отношении источников вируса, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц групп риска.

Преимущества выбора препаратов (пример)

Противовирусные препараты назначаются только врачом-инфекционистом.

Патогенетическая терапия рекомендована всем пациентам не зависимо от тяжести течения заболевания для восстановления нарушенных функций печени и профилактики осложнений.

Симптоматическая терапия назначается при развитии нежелательных явлений противовирусной терапии и декомпенсации основного заболевания.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Не определены	В настоящее время критерий выздоровления не существует.	Обязательное диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста в медицинской

Продолжение таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
		организации по месту жительства или в территориальном специализированном центре. После окончания ПВТ рекомендуется динамическое наблюдение инфекциониста с частотой обследования 1 раз в год. Биохимический анализ крови 1 раз в год пациентам, получившим ПВТ, с целью контроля эффективности терапии и исключения рецидива. ДНК (качественный тест) пациентам, получившим ПВТ, с целью контроля эффективности терапии и исключения рецидива. Уровень α -фетопротейна для исключения гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). УЗИ ОБП и забрюшинного пространства 1 раз в год для исключения ЦП и ГЦК. Эластометрия 1 раз в год для динамической

Окончание таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/y)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
		оценки степени выраженности фибротических изменений ткани печени. ЭГДС 1 раз в год пациентам с выраженным фиброзом для диагностики проявлений портальной гипертензии, динамической оценки изменения степени выраженности варикозного расширения вен пищевода и желудка. КТ или МРТ ОБП в нативном режиме и с контрастным усилением при подозрении на очаговое образование печени для раннего выявления ГЦК

Явка на прием через 7-10 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. У пациента С., 55 лет, при обследовании перед плановой госпитализацией был впервые обнаружен HBsAg в крови.

Анамнез. Из анамнеза установлено, что у пациента в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, раз в год делает фиброгастродуоденоскопию. Также из анамнеза известно, что в последние несколько лет отмечает быструю утомляемость, снижение работоспособности, периодически чувство тяжести в правом подреберье.

Перенесенный в прошлом вирусный гепатит отрицает, операций и переливаний крови не было.

Объективный статус. При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпаторно печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, АСТ - 260 ЕД/л, АЛТ - 150 ЕД/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,6 ммоль/л. По данным УЗИ органов брюшной полости диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

Диагноз. В18.1. Хронический гепатит В впервые выявленный, умеренной активности

План обследования.

- Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой.
- Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТП, ЩФ, креатинин).
- Общий анализ мочи.
- Протеинограмма.
- Коагулограмма.
- Определение антигенов ВГВ (HBsAg, HBeAg) и антител к антигенам ВГВ (анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBcIgM, анти-HDV).
- Обнаружение ДНК ВГВ (качественное исследование).
- Обнаружение ДНК ВГВ (количественный тест).
- Обнаружение РНК ВГД (качественный тест)
- Определение генотипа ВГВ.
- Определение α-фетопротеина.
- Эластометрия.
- Фиброгастродуоденоскопия.
- УЗИ ОБП и забрюшинного пространства. **Терапия.**

Соблюдение диеты № 5. Обратиться к инфекционисту для решения вопроса о дальнейшем лечении.

Экспертиза нетрудоспособности: трудоспособность не нарушена.

Диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста в медицинской организации по месту жительства

или в территориальном специализированном центре. После окончания ПВТ рекомендуется динамическое наблюдение инфекциониста с частотой обследования 1 раз в год. Биохимический анализ крови 1 раз в год пациентам, получившим ПВТ, с целью контроля эффективности терапии и исключения рецидива. ДНК (качественный тест) пациентам, получившим ПВТ, с целью контроля эффективности терапии и исключения рецидива. Уровень α-фетопротеина для исключения ГЦК. УЗИ ОБП и забрюшинного пространства 1 раз в год для исключения ЦП и ГЦК. Эластометрия 1 раз в год для динамической оценки степени выраженности фибротических изменений ткани печени. ЭГДС 1 раз в год пациентам с выраженным фиброзом для диагностики проявлений портальной гипер-тензии, динамической оценки изменения степени выраженности варикозного расширения вен пищевода и желудка. КТ или МРТ ОБП в нативном режиме и с контрастным усилением при подозрении на очаговое образование печени для раннего выявления ГЦК.

Профилактика. Членов семьи обследовать на HBsAg, при его отсутствии обязательно вакцинировать против ВГВ по схеме.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



3.2. Хронический вирусный гепатит С у взрослых

Протокол для МИС «Хронический вирусный гепатит С. МКБ 10: B18.2»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
--------	---------

Желтушность слизистых и кожных покровов.	Факт перенесенной ВГС-ин-фекции у пациента или ближайших родственников.
Увеличение живота в объеме. Периодические спонтанные кровотечения и/или кровоизлияния. Отеки.	Употребление инъекционных наркотических средств. Незащищенные половые акты.
Тяжесть в правом подреберье.	Ранее проведенные различные лечебно-диагностические манипуляции (фиброга-стродуоденоскопия, бронхоскопия), произведенные недостаточно стерильным инструментом многократного пользования.
Похудание.	
Общее недомогание.	
Снижение работоспособности.	
Тошнота, рвота.	
Потемнение мочи.	
Рвота «кофейной гущей».	
Метеоризм.	
Долгое время жалобы могут отсутствовать или быть	
Продолжение таблицы	

Жалобы	Анамнез
неспецифичными в виде слабости, повышенной утомляемости, тяжести в правом подреберье. Развернутая клиническая картина появляется на поздней стадии сформированного цирроза печени	Переливание крови и ее компонентов. Косметологические процедуры. Оперативные вмешательства. В контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не пьет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали. За последние 6 мес за пределы РФ не выезжал. Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное. Ступор. Сопор.	Нормосте- ническое.	Рост _вес_
Пассивное.	Кома	Астеническое.	ИМТ_ ОТ_
Вынужденное		Гиперсте- ническое	T_.
			SpO ₂ _
			ЧСС_
			АД_
			ЧДД_
Кожные покровы		Периферические лимфоуз- лы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные.		Не увеличены. Безболезненные. Увеличены.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме.

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоуз- лы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы.	Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Деформация скелета_. Деформация суставов_. Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей_
Язык:		
• влажный, сухой;		
• чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым).		
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
Форма грудной клетки:	Дыхание:	Перкуторно границы относительной сердечной тупости:
• нормальная;	• поверхностное;	• в норме;
• бочкообразная;	• глубокое;	• расширены влево на _ см;
• рахитическая;	• ритмичное;	• вправо на _ см. Аускультация:
• воронкообразная.	• Чейна-Стокса;	• тоны ритмичные;
Одышка:	• Биота;	• тоны аритмичные;
• инспираторная;	• Куссмауля. Аускультация:	

• экспираторная; • смешанная	• ясный легочный звук; • сухие хрипы; • влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плевры; • ригидность грудной клетки	• тоны громкие; • тоны приглушены; • тоны глухие. Пульс: • частота_в минуту; • симметричный; • несимметричный; • удовлетворительного наполнения;
---	--	---

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
	• напряженный; • слабого наполнения
Органы пищеварения	Мочевая система
Осмотр: • живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцит; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в_области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в_области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый.	Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное.

Продолжение таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация селезёнки:	
не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой. • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТП, ЩФ, холестерин, креатинин). • Коагулограмма (протромбино-вый индекс, или протромбино-вое время, или МНО).	Определение антител к пероксидазе, гладким мышцам, микросомальным антигенам печени и почек, антинуклеарные антитела. Определение уровня тире-отропного гормона, свободного тироксина. КТ или МРТ ОБП в нативном режиме и с контрастным усилением (всем пациентам с хроническим ВГС с подозрением на ЦП)

• Общий анализ мочи. • Определение антигена ВГВ (HBsAg). • Обнаружение РНК ВГС (качественное исследование).	
Окончание таблицы	

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Обнаружение РНК ВГС (количественный тест). • Определение генотипа ВГС. • Определение α-фетопroteина. • Эластометрия или комплекс сывороточных биомаркеров фиброза или пункционная биопсия печени. • ЭГДС. • УЗИ ОБП и забрюшинного пространства	

Классификация.

I. По фазам инфекционного процесса: → репликативная;

→ нерепликативная.

II. По стадиям:

→ 0 - без фиброза;

→ 1 - слабовыраженный фиброз;

→ 2 - умеренный фиброз;

→ 3 - выраженный фиброз;

→ 4 - ЦП.

III. По генотипу ВГС. → Генотип 1.

▷ Генотип 1a.

▷ Генотип 1b. → Генотип 2.

→ Генотип 3. → Генотип 4. → Генотип 5. → Генотип 6.

IV. По активности цитолитического синдрома: → без цитолитической активности;

→ низкая цитолитическая активность; → умеренная цитолитическая активность; → высокая цитолитическая активность.

V. По наличию осложнений: → без осложнений;

→ с наличием осложнений.

Состояние тяжести

Оценка степени тяжести цирроза печени по шкале Чайлда-Пью. Баллы выставляются в зависимости от значения каждого из параметров от 1 до 3, после чего суммируются:

• класс A (Child A): 5-6 баллов;

• класс B (Child B): 7-9 баллов;

• класс C (Child C): 10-15 баллов.

Оцениваемые параметры	Число баллов в зависимости от значения параметра		
	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Отсутствует	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо контролируемый
Общий билирубин плазмы, мкмоль/л (мг/дл)	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)
Альбумин плазмы крови, г	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Печеночная энцефалопатия	Отсутствует	Степень I-II (легкая, терапевтически контролируемая)	Степень III-IV (тяжелая, плохо контролируемая)

Окончание таблицы

Оцениваемые параметры	Число баллов в зависимости от значения параметра		
	1 балл	2 балла	3 балла
Протромбиновый индекс, % или протромбиновое время, с или МНО	>60 или 1-4 или <1,70	40-60 или 4-6 или 1,71-2,20	<40 или >6 или >2,20

Показания для госпитализации (плановой, неотложной, экстренной):

• ориентировочные действия врача;

• при наличии стойких признаков декомпенсации функции печени;

• рефрактерный асцит;

• плановая госпитализация для проведения трансплантации печени.

• плановая госпитализация для проведения лапароцентеза или выполнения трансъюгулярного внутрипеченочного, портосистемного шунтирования;

- кровотечение из варикозного расширения вен пищевода;
- вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации

Диагноз по МКБ-10

B18.2 Хронический вирусный гепатит С

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Этиотропная (противовирусная) терапия

Определение тактики ПВТ проводит врач-инфекционист

Патогенетическая терапия

Rp. Ademetonini lyophilisate 0,4. D.d.t. № 10 in amp.

S. 2 ампулы препарата для внутривенного введения следует растворить в 250 мл хлорида натрия или 5% раствора декстрозы, принимать в течение 2 недель. Вводить очень медленно в течение 1-2 ч, с последующим переходом на пероральный прием.

Rp. Ademetonini 0,4.

D.d.t. № 40 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 6 месяцев.

Rp. Acidi Ursodeoxycholic 0,25. D.d.t. № 50 in caps.

S. Принимать внутрь по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 3-х месяцев.

Rp. Acidi Glycyrrhizici 0,5 + Phospholipideci 0,2.

D.t.d. № 10 in sol.

S. Вводить в/в, предварительно растворив порошок в 10 мл воды для инъекций. Внутривенное введение осуществлять медленно. Вводят по 10 мл ежедневно 2 раза в сутки утром и вечером в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный прием. •Rp. Acidi Glycyrrhizici 0,65 + Phospholipideci 0,35. D.t.d. № 50 in caps.

S. Принимают внутрь по 2 капсулы во время еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости, 3 месяца.

Симптоматическая терапия

При развитии ПЭ: орнитин до 8 ампул в сутки, предварительно растворив в 1000 мл инфузионного раствора, максимальная Продолжение таблицы

скорость внутривенного введения - 5 г/ч. В последующем возможен переход на пероральный прием по 5 г гранулята внутрь, предварительно растворив в 200 мл воды (суточная доза 15 г). При продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза: урсодезоксихолевая кислота по 500-1000 мг в сутки (на ночь) внутрь в комбинации с парентеральным введением адеметионина.

Инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарная кислота по 400-800 мг в сутки в течение 3-12 дней.

Антибактериальные препараты (пациентам с ЦП при развитии бактериальных осложнений с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов).

Калийсберегающие диуретики (пациентам с декомпенсирован-ным ЦП при проведении длительной диуретической терапии). Спиронолактон назначается по 100-400 мг в сутки (доза подбирается

индивидуально). В случае недостаточности эффекта антагонистов альдостерона показано дополнительное введение петлевых диуретиков - фуросемид в начальной дозе 20-40 мг в сутки или торасемид 5-20 мг в сутки.

Для эмпирической антибактериальной терапии рекомендованы следующие группы антибактериальных препаратов:

- цефалоспорины III-IV поколений;
- фторхинолоны III-IV поколений;
- полусинтетические рифамицины

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Следует придерживаться щадящего режима и диеты. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинину, баранину).

Категорически запрещается алкоголь в любых видах

Профилактика

Специфическая профилактика вирусного гепатита С в настоящее время не разработана.

Рекомендовано проведение вакцинации против вирусов гепатита А и В для предотвращения микст-инфицирования.

Обследование лиц, подверженных повышенному риску инфицирования и/или имеющие особую эпидемиологическую значимость.

Рекомендована профилактика искусственного механизма передачи (переливание крови только по жизненным показаниям, обоснованность инвазивных методов обследования, использовании одноразового инструментария, строгое соблюдение режимов обработки медицинского инструментария и оборудования, использование защитных средств медработниками. Лечение больных острыми и хроническими формами вирусного гепатита С, направленное на полную эрадикацию возбудителя.

Реабилитация

Для пациентов с хронический ВГС специализированные реабилитационные мероприятия не разработаны

Преимущества выбора препаратов (пример)

Противовирусная терапия назначается только врачом-ин-фекционистом. Выбор схемы ПВТ зависит от генотипа ВГС, наличия цирроза печени.

Патогенетическая терапия рекомендована пациентам не зависимо от тяжести течения заболевания для восстановления нарушенных функций печени и профилактики осложнений.

Симптоматическая терапия назначается при развитии нежелательных явлений противовирусной терапии и декомпенсации основного заболевания.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Не определены	Лица с наличием ВГС IgG, у которых отсутствует РНК ВГС при динамическом лабораторном обследовании в течение 2 лет с периодичностью не реже 1 раза в 6 мес, считаются	Рекомендуется пациентам с хроническим ВГС обязательное диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста в медицинской организации

Окончание таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
	реконвалесцентами и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.	по месту жительства или в территориальном специализированном центре. Рекомендуется диспансерное наблюдение не реже 1 раза в 6 мес с проведением комплексного клинико-лабораторного обследования с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК ВГС

Явка на прием через 7-10 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Пациентка К., 30 лет, первая беременность 12 нед. **Жалобы.** Не предъявляет.

Анамнез. При постановке беременной на учет в женскую консультацию были сданы анализы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями). У пациентки были обнаружены общие антитела к ВГС. 3 года назад сделала татуировку на дому у мастера. После чего периодически стали беспокоить слабость, повышенная утомляемость. Ранее

при биохимическом обследовании выявлялось повышение АЛТ не более, чем в 2 раза.

При осмотре: кожные покровы физиологической окраски, на правом бедре большая татуировка. Остальные участки кожи чистые, нормальной влажности, физиологической окраски, расчесов нет. Пальпаторно печень не увеличена.

Диагноз. В18.2 Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (татуировка в сомнительном по стерильности месте), слабо выраженной клинической симптоматики, минимальной гиперферментемии (повышение АЛТ в 2 раза), наличия общих антител к вирусному гепатиту С.

Дифференциальная диагностика проводится:

- с другими хроническими гепатитами. **Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.**
- У пациентки без соматической патологии показаний для госпитализации нет, может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу с результатами обследования через 7-10 дней.

План обследования.

- Обнаружение РНК ВГС (качественное исследование).
- Обнаружение РНК ВГС (количественный тест).
- Определение генотипа ВГС.

Терапия. Щадящий режим и диета с исключением жареного, копченого, маринованных блюд, тугоплавких жиров (свинина, баранина), алкоголя.

Патогенетическая терапия ВГС в I триместре беременности не проводится. Противовирусная терапия беременным и кормящим не проводится.

Рекомендовано наблюдение у инфекциониста по месту жительства.

Экспертиза нетрудоспособности: трудоспособность не нарушена.

Профилактика. Обследование членов семьи для выявления очагов инфекции

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



3.3. Алкогольная болезнь печени у взрослых

Протокол для МИС «Алкогольная болезнь печени. МКБ-10: K70»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Наличие жалоб и симптомов зависит от тяжести поражения печени. Клиническая картина варьирует от бессимптомного течения (алкогольный стеатоз печени) до проявлений тяжелых форм	При уточнении алкогольного анамнеза следует учитывать частое сокрытие злоупотребления спиртными напитками.

поражения печени с симптомами печеночной недостаточности и портальной гипертензии (алкогольный ЦП).	Принято выражать количество алкоголя в граммах, рассчитывая по количеству принятых стандартных доз. Одна стандартная доза равна 10 мг этанола, что соответствует 30 мл крепких напитков (водка, коньяк), 250 мл 5% пива, 100 мл 12% вина.
- Астенический синдром (общая слабость, головокружение, снижение толерантности к физическим нагрузкам, головная боль). - Диспепсический синдром (тошнота, рвота, ощущение дискомфорта после приема пищи).	Для скрининга употребления алкоголя существуют

Продолжение таблицы

Жалобы	Анамнез
- Боль и дискомфорт в правом подреберье. - Кожный зуд. - Желтушный окрас склер и кожных покровов. - Неврологические изменения - сонливость, нарушение/спутанность сознания, инверсия ритма сна, нарушение речи - признаки печеночной и алкогольной энцефалопатии. - Отечно-асцитический синдром: увеличение живота в объеме, периферические отеки (при ЦП). - Геморрагический синдром: синяки, петехиальные высыпания, кровоточивость десен, носовые кровотечения (при ЦП)	специальные опросники - CAGE и AUDIT. В контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не пьет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали. За последние 6 мес за пределы РФ не выезжал. Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Признаки систематического злоупотребления алкоголем

Патогномоничных для АБП физических признаков нет. Могут выявляться «стигмы хронической алкогольной интоксикации»:

- одутловатость лица;
- увеличение околоушных слюнных желез;
- расширение сосудов носа и склер;
- ринофима носа;
- атрофия мышц плечевого пояса;
- яркие сосудистые звездочки;
- контрактура Дюкуитрена;
- тремор пальцев рук;
- чувствительная гепатомегалия;
- повышенная потливость;
- поведенческие реакции;
- «мраморность» кожных покровов
- недостаточность питания/ожирение;

Продолжение таблицы

Признаки систематического злоупотребления алкоголем			
• симметричная периферическая полинейропатия; • венозное полнокровие конъюнктивы			
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное.	Ясное.	Нормостеническое.	Рост_вес_.
Пассивное.	Ступор.	Астеническое.	ИМТ_ ОТ_.
Вынужденное	Сопор.	Гиперстеническое	T_.
	Кома		SpO ₂ _.
			ЧСС_.
			АД_.
			ЧДД_.
Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)		Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантелазмы. Язык:	Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями.		Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_.
• влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)			Деформация суставов_.
Продолжение таблицы			Атрофия мышц_.
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система	
		Отсутствие конечностей_	

Пальпация:	и вестибулярной функции не нарушена
• щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
• Общий анализ крови. • Общий анализ мочи. • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, общий и прямой билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, глюкоза, калий, натрий, хлор, холестерин, панкреатическая амилаза). • Коагулограмма [протромбиновый индекс, фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО]. • Углеводно-дефицитный (десиа-лизированный) трансферрин. • УЗИ гепатобилиарной зоны. • Эзофагогастродуоденоскопия. • ЭКГ.	МРТ или КТ органов брюшной полости. Эластометрия или комплекс сывороточных биомаркеров фиброза или пункционная биопсия печени
Для дифференциальной диагностики:	
• маркеры вирусных гепатитов В, С (определение HBsAg, anti-HCV); маркеры аутоиммунных заболеваний печени (определение антител к гладким мышцам, микросомальным антигенам)	

Окончание таблицы

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
печени и почек, антинуклеарные антитела; электрофорез белков сыворотки крови, IgA, IgM, IgG); • маркеры наследственного гемохроматоза: ферритин в сыворотке крови, процент насыщения трансферрина железом/общей железосвязывающей способности сыворотки; • болезнь Вильсона-Коновалова: церулоплазмин в сыворотке крови, оценка экскреции меди с мочой; • уровень α1-антитрипсина в сыворотке крови	
Лабораторные признаки употребления алкоголя	
Макроцитоз (увеличение среднего объема эритроцитов), макро-цитарная анемия. Повышение уровня ГГТП в сыворотке крови (стимулируется употреблением алкоголя) с последующим снижением на фоне отмены алкоголя. Повышение активности АСТ. Увеличение коэффициента де Ритиса (отношение АСТ/АЛТ). Повышение углеводно-дефицитного трансферрина. Повышение уровня IgA	

Оценка тяжести течения алкогольного гепатита и краткосрочный жизненный прогноз

Для оценки тяжести течения алкогольного гепатита применяют следующие прогностические индексы.

1. **Индекс Мэддрея (Maddrey score)** представляет собой дискриминантную функцию (DF):

$$DF = 4,6 \times (\text{ПВ больного} - \text{ПВ контроля}) + \text{СБ},$$

где ПВ - протромбиновое время (с); СБ - уровень сывороточного билирубина (мг/дл).

Интерпретация результатов. При значении DF ≥ 32 вероятность летального исхода в отсутствие специфического лечения в течение ближайшего месяца варьирует от 35 до 50%. Это значение принято в качестве критерия тяжелого алкогольного гепатита.

2. **Шкала Глазго (Glasgow Alcoholic Hepatitis Score - GAHS),**

оценка состояния пациента с учетом его возраста, количества лейкоцитов в крови, МНО, уровня общего билирубина и мочевины в сыворотке крови.

Интерпретация результатов. 8 баллов - неблагоприятный прогноз для жизни, более 9 баллов - выживаемость к 28-му дню составляет 46%, к 84-му - 40%.

Шкала Глазго для оценки тяжести алкогольного синдрома

Показатели	Баллы		
	1	2	3
Возраст, годы	<50	≥ 50	-
Лейкоциты, $\times 10^9$ на 1 л	<15	≥ 15	-
Мочевина, ммоль/л	<5	≥ 5	-
МНО	<1,5	1,5-2,0	>2
Билирубин, мг/дл (ммоль/л)	<7,3 (125)	7,3-14,6 (125-250)	>14,6 (250)

3. **Шкала MELD (Model for End-stage Liver Disease).** Модель терминальной стадии болезни печени для определения риска летального исхода в 90-дневный срок, которая была разработана для больных, нуждающихся в трансплантации печени.

$$\text{MELD} = 11,2 \times \ln (\text{МНО}) + 9,57 \times \ln (\text{креатинин, мг/дл}) + 3,78 \times \ln (\text{билирубин, мг/дл}) + 6,43,$$

где $\ln$ - натуральный логарифм. Показания для госпитализации:

- первичная интенсивная диагностика;
- интенсивная терапия;
- оказание неотложной помощи при тяжёлом поражении гепатобилиарной системы;
- трансплантация печени при АБП.

Диагнозы поМКБ-10

K70.0 Алкогольная жировая дистрофия печени (стеатоз).

K70.1 Алкогольный гепатит.

K70.2 Алкогольный фиброз и склероз печени.

K70.3 Алкогольный цирроз печени.

K70.4 Алкогольная печеночная недостаточность.

K70.9 Алкогольная болезнь печени неуточненная

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Медикаментозная терапия

Препараты выбора

Для профилактики острой алкогольной энцефалопатии и лечения дефицита тиамина

Rp. Thiamini 0,1.

D.t.d. № 7 in amp.

S. Вводить медленно, в течение 30 мин, по 100 мг 1 раз в сутки в/в в течение 3-7 дней. Далее перейти на прием внутрь

Rp. Thiamini 0,05.

D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке после еды в течение 1 месяца

Дополнительная терапия:

• коррекция электролитных нарушений, введение калия, магния, пиридоксина, цианокобаламина, никотиновой, аскорбиновой и фолиевой кислот. Возможно назначение поливитаминных смесей внутрь

Патогенетическая алкогольного гепатита тяжелого течения (индекс Мэддрей ≥ 32 , MELD ≥ 18 , GAMS ≥ 8)

Преднизолон. До начала лечения преднизолоном пациенты должны быть скринированы на наличие инфекции и желудочно-кишечных кровотечений. • Rp. Prednisoloni 0,005.

D.t.d. № 100 in tab.

S. Внутрь 5 таблеток утром, 3 - днем (суточная доза 40 мг) в течение 7 дней с последующей консультацией врача о продолжении терапии.

Необходимо оценить эффективность терапии преднизолоном на 7-й день от ее начала с помощью индекса Лилль (Lille model). Расчет индекса Лилль:

$R = 3,19 - 0,101 \times \text{возраст} + 0,147 \times A_0 + 0,0165 \times (CB1 - CB7) - 0,206 \times П$

$H - 0,0065 \times CB0 - 0,0096 \times МНО,$

где A_0 - альбумин в день 0 (г/л);

$CB0, CB1, CB7$ - сывороточный билирубин в 0, 1 и 7-й дни соответственно;

$ПН$ - коэффициент, связанный с наличием или отсутствием

почечной недостаточности: $\rightarrow$ при уровне сывороточного креатинина ниже 115 мкмоль/л (1,3 мг/дл) или клиренсе креатинина менее 40 мл/мин $ПН=0$ (нет почечной недостаточности);

$\rightarrow$ при превышении указанных выше величин диагностируют

почечную недостаточность (коэффициент $ПН=1$) Интерпретация результатов:

$\rightarrow R \leq 0,16$ - полный ответ; $R=0,16-0,56$ - частичный ответ;

$\rightarrow R \geq 0,56$ - отсутствие ответа на терапию. Если индекс Лилль $< 0,45$, то лечение преднизолоном в указанной дозе продолжают в течение 28 дней с последующей полной отменой препарата в течение 2 нед.

При индексе Лилль 0,45 лечение преднизолоном следует прекратить в связи с его неэффективностью

• Пентоксифиллин (неселективный ингибитор фосфодиэстеразы) - препарат второй линии терапии для лечения алкогольного гепатита тяжелого течения.

• Rp. Pentoxifyllini 0,4

D.t.d. № 100 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в сутки внутрь в течение месяца

Терапия алкогольного гепатита нетяжелого течения (индекс Мэддрей < 32)

• Rp. Ademetionini lyophilisate 0,4. D.d.t. № 10 in amp.

S. 2 ампулы препарата для внутривенного введения следует рас-творить в 250 мл хлорида натрия или 5% раствора декстрозы, принимать в течение 2 недель. Вводить очень медленно в течение 1-2 ч., с последующим переходом на пероральный прием

• Rp. Ademetionini 0,4.

D.d.t. № 40 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, в первой половине дня, между приемами пищи, в течение 4 недель.

Для лечения АБП могут использоваться эссенциальные фосфо-липиды, а также их сочетание с другими соединениями, например, комбинированный препарат эссенциальных фосфолипидов и метионина
Лечение алкогольного алкогольного ЦП
Применение адеметионина при алкогольном ЦП классов А и В по Чайлд-Пью в дозе 1200 мг/сут внутрь в течение 2 лет обуславливает достоверно более низкую летальность или потребность в трансплантации печени
Лечение осложнений ЦП
Не зависит от этиологии заболеваний, его необходимо проводить согласно соответствующим современным клиническим рекомендациям
Рекомендации по образу жизни в период заболевания
Полный отказ от приема алкоголя.
Полноценное питание (с достаточной калорийностью, белковым, жировым и углеводным компонентами)
Трансплантация печени
Единственный метод лечения пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения, не ответивших на терапию преднизолоном, а также единственный эффективный метод лечения терминальных стадий поражения печени
Рекомендации образа жизни в период заболевания
Следует придерживаться щадящего режима и диеты. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда. Категорически запрещается алкоголь в любых видах Пациентам с АБП показано полноценное энтеральное питание, при необходимости возможно энтеральное зондовое или парентеральное питание.
Рекомендуемая калорийность пищевого рациона (не менее 2000 ккал/сут) с высоким содержанием белка (1,0-1,25 г на 1 кг в сутки), жиров (70-140 г) и углеводов (280-325 г). При наличии признаков ПЭ количество белка в рационе следует ограничивать только в индивидуальных случаях белковой интолерантности. Оно должно составлять не менее 60 г/сут, в основном за счет белков растительного происхождения и лак-тальбумина
Профилактика
Полный отказ от алкоголя
Реабилитация
Утвержденной программы медицинской реабилитации больных
АБП нет.
Можно включать лечебный режим, диетотерапию, физическую реабилитацию, психодиагностику и психокоррекцию, профилактику и коррекцию сопутствующей патологии, обучение пациента (усиление мотивации к лечению и здоровому образу жизни)

Преимущества выбора препаратов.

- Глюкокортикоиды. Назначение ГК показано при тяжелом течении АБП в стадии алкогольного гепатита. В качестве показаний к назначению ГК используются шкалы для оценки тяжести алкогольного гепатита. Препаратом выбора при стероидной терапии АБП является преднизолон, который рекомендуется использовать в минимально эффективной индивидуальной дозе - 40 мг ежедневно на протяжении 28 дней.
- Если на 7-й день лечения преднизолоном у больного индекс Лилль $\geq 0,45$, рекомендуется прекратить прием ГК и начать терапию пентоксифиллином. При этом пентоксифиллин не влияет на выживаемость больных АБП.
- Пациенты с алкогольным гепатитом нетяжелого течения, т.е. индекс Мэддрей < 32 не нуждаются в лечении ГКС.
- Пентоксифиллин - препарат второй линии терапии для лечения алкогольного гепатита тяжелого течения у пациентов, у которых установлены противопоказания к терапии преднизолоном.
- Имеются данные об улучшении клинико-биохимических показателей при алкогольных поражениях печени у пациентов, принимающих адеметионин. Препарат не следует назначать при азотемии. При алкогольной болезни назначение адеметионина улучшает общее самочувствие, оказывает антидепрессивный эффект, купирует абстинентный синдром, снижает уровень сывороточного билирубина и активность трансаминаз, снижает уровень ГГТП (при повышении ЩФ - малоэффективен), уменьшает кожный зуд, способствует статистически значимому повышению выживаемости больных алкогольным циррозом.
- Эссенциальные фосфолипиды, препараты растороп-ши (уровень убедительности рекомендаций D, уровень достоверности доказательств 3) имеют низкий уровень доказательности.

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
25-36 дней	Не определены	• Режим диспансерного наблюдения за больными АБП определяется лечащим врачом индивидуально в зависимости от течения заболевания, объема поражения и наличия осложнений. • Впервые выявленные пациенты в первый год наблюдаются каждые 3 мес, во 2-й год - каждые 6 мес, - в последующие годы в случае стабилизации процесса - 1 раз в год. • При наличии рецидивов рекомендуемый режим наблюдения - каждые 3 мес - в течение 2 лет, в последующие годы при стабилизации - 1 раз в год. • В случае прогрессирующего течения рекомендуется наблюдаться каждые 3 мес - в течение 2 лет. Далее, при стабилизации процесса, - каждые 6 мес в течение 2 лет, затем 1 раз в год.

Окончание таблицы

Сроки ВН (автоматизация процесса выписки ЛН, 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
---	------------------------	-------------------------

- Диспансерное наблюдение не исключает активных визитов пациента при ухудшении состояния или развитии нежелательных явлений при проведении лечения.
- Пациенты с АБП подлежат медицинскому наблюдению до нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания.

Явка на прием через 3-5 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Мужчина, 32 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: выраженная общая слабость и повышенная утомляемость, тяжесть в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов.

Анамнез заболевания. Впервые жалобы на ноющие боли и тяжесть в правом подреберье появились около 3 мес назад. Около 2 нед назад друзья отметили желтушность склер. Накануне отмечал день рождения друга. Со слов, за последние 2 дня выпил около 3 л пива и 2 бутылок водки. В связи с усилением общей слабости, нарастающей желтизны кожных покровов обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний - частая острая респираторная вирусная инфекция, хронический тонзиллит. Вирусные гепатиты, вирус иммунодефицита человека отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Прием лекарственных препаратов отрицает. Аллергических реакций не было. Курит 13 лет, по 10-15 сигарет в день. Выпивает по 2,5-3 л пива и 2 бутылки водки 2-3 раза в неделю на протяжении последних 10-13 лет. Пьет запоями по 3-5 дней. Утром опохмеляется чаще всего пивом.

Наркотические средства не употребляет. Наследственный анамнез не отягощен. Работает слесарем. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. В сознании, ориентирован во времени, месте и собственной личности. На вопросы отвечает по существу, раздражителен, эмоционально неустойчив. Отмечается тремор рук. Температура тела 36,8 °С. Ротовая полость санирована. Рост 168 см, вес 67 кг. ИМТ 23,7 кг/м², ОТ 81 см. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и склеры желтушные. На коже верхней части груди видны единичные телеангиэктазии. Видимые слизистые иктеричные. Периферические ЛУ не увеличены. Костно-мышечная система: без особенностей.

Перкуторный звук над легкими легочный. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/75 мм рт.ст. Пульс 76 в минуту. ЧСС 76 в минуту. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - размеры по Курлову: 11/2×10×9 см, умеренно болезненная при пальпации, край печени закруглен, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется, перкуторный размер 8×7 см. Мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Диагноз. K70.1 Алкогольный гепатит.

Обоснование диагноза. У молодого пациента не отрицающего злоупотребление алкоголем, с впервые возникшей желтухой после эпизода злоупотребления алкоголем, без анамнеза хронических вирусных гепатитов и приема лекарственных препаратов можно предположить наличие алкогольного гепатита.

Дифференциальная диагностика проводится:

- острыми вирусными гепатитами и лекарственным поражением печени с учетом впервые возникшей желтухой;
- аутоиммунными заболеваниями печени и болезнью Вильсона-Коновалова с учетом молодого возраста.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент молодого возраста без соматической патологии, без признаков декомпенсации цирроза печени и алкогольного гепатита тяжелого течения может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу с результатами обследования через 3-5 дней для контроля терапии и определения дальнейшей тактики лечения.

План обследования.

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, общий и прямой билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, глюкоза, калий, натрий, холестерин, панкреатическая амилаза).
- Коагулограмма (протромбиновый индекс, фибриноген, АЧТВ, МНО).
- УЗИ ОБП.
- Эзофагогастродуоденоскопия.
- ЭКГ.
- Маркеры вирусных гепатитов В, С (определение HBsAg, anti-HCV).
- Маркеры аутоиммунных заболеваний печени, электрофорез белков сыворотки крови, IgA, IgM, IgG.
- Церулоплазмин в сыворотке крови, суточная экскреция меди с мочой.

Терапия.

- Диета с исключением жаренных, острых, маринованных блюд.
- Строгий отказ от приема алкоголя!
- Адеметионин по 400 мг (1 таб.) 2 раза в сутки, между приемами пищи.

Экспертиза нетрудоспособности.

Временно нетрудоспособен. Средний срок нетрудоспособности 26-35 дней **Профилактика.**

- Полный отказ от алкоголя.
- Повторный осмотр через 3-7 дней с результатами обследования для решения вопроса о дальнейшей терапии.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



3.4. Неалкогольная жировая болезнь печени

Протокол для МИС «Неалкогольная жировая болезнь печени. МКБ-10: K73.0, K73.9, K74.6, K76.0»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ **первичный прием врача-терапевта;** → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Наличие жалоб и симптомов зависит от тяжести поражения печени. Клиническая картина варьирует от бессимптомного течения до классических проявлений поражения печени с симптомами печеночной недостаточности и портальной гипертензии (ЦП). Признаки метаболического синдрома: - ожирение, - нарушение обмена глюкозы, - дислипидемия; - артериальная гипертония. Неспецифические симптомы: - повышенная утомляемость, общая слабость, снижение толерантности Продолжение таблицы	Необходимо уточнить алкогольный и семейный анамнез, прием лекарственных препаратов, врожденных нарушений. В контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не пьет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали. За последние 6 мес за пределы РФ не выезжал. Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает

Жалобы	Анамнез
к физическим нагрузкам; - ноющая боль или дискомфорт в области правого подреберья без четкой связи с приемом пищи. Симптомы прогрессирования заболевания печени: - геморрагический синдром: синяки, петехиальные высыпания, кровоточивость десен, носовые кровотечения; - симптомы ПЭ (сонливость, нарушение/спутанность сознания, инверсия ритма сна, нарушение речи); - отечно-асцитический синдром: увеличение живота ЦП печени; - желтушный окрас склер и кожных покровов	

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост_вес_. ИМТ_ОТ_. Т_. SpO2_. ЧСС_. АД_. ЧДД_

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные.	Не увеличены. безболезненные. Увеличены.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)	Периферические лимфоузлы (ЛУ) Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями	Костно-мышечная система в полном объеме. Деформация скелета_. Деформация суставов_. Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей_
Дыхательная система Форма грудной клетки: • нормальная; • бочкообразная; • рахитическая; • воронкообразная. Одышка: • инспиратор-ная; • экспираторная; • смешанная	Дыхание: • поверхностное; • глубокое; • ритмичное; • Чейна-Стокса; • Биота; • Куссмауля. Аускультация: • ясный легочный звук; • сухие хрипы;	Сердечнососудистая система Перкуторно границы относительной сердечной тупости: • в норме; • расширены влево на_ см; • вправо на_ см. Аускультация: • тоны ритмичные; • тоны аритмичные; • тоны громкие; • тоны приглушены;

• влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плевры; • ригидность грудной клетки	• тоны глухие. Пульс: • частота _ в минуту; • симметричный; • несимметричный;
--	---

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечнососудистая система
	• удовлетворительного наполнения; • напряженный; • слабого наполнения
Органы пищеварения	Мочевая система
Осмотр: • живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асциты; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет;	Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное

Продолжение таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
• при глубокой пальпации определяется болезненность в области. Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
• Коагулограмма (протромбино-вый индекс, фибриноген, АЧТВ, МНО) • Показатели углеводного обмена: глюкоза натощак, инсулин натощак. • Определение индекса	МРТ или КТ (по индивидуальным показаниям для определения стеатоза, исключения других причин повреждения гепатобилиарной зоны, выявления признаков выраженного фиброза/цирроза печени

Продолжение таблицы

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
инсулинорезистентности (ИР): → расчет показателя HOMA-IR [инсулин плазмы натощак (мкед/мл) × глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)/22,5 (если >2,27 - ИР); → индекс Саго [отношение	и их осложнений, метастатического повреждения печени). МРТ печени с фазовым контрастированием (для качественной оценки степени выраженности жировой

глюкозы плазмы (ммоль/л) к уровню инсулина натощак мкЕД/мл]. При ИР индекс меньше 0,33. - Липидный профиль: холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП. УЗИ ОБП. - Эластометрия печени с контролируемым параметром затухания. - Комплекс сывороточных биомаркеров фиброза (FIB-4). - ЭКГ. Для дифференциальной диагностики: - маркеры вирусных гепатитов В, С (определение HBsAg, anti-HCV); - маркеры аутоиммунных заболеваний печени (определение антител к гладким мышцам, микросомальным антигенам печени и почек, антинуклеар-ные антитела); электрофорез белков сыворотки крови; IgA, IgM, IgG; Окончание таблицы	инфильтрации). Биопсия печени. ЭГДС (при наличии жалоб на эпигастральные боли, для диагностики ВРВП)
---	---

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
- маркеры наследственного гемохроматоза: ферритин в сыворотке крови, процент насыщения трансферрина железом/общей железосвязывающей способности сыворотки; - болезнь Вильсона-Коновалова: церулоплазмин в сыворотке крови, оценка экскреции меди с мочой; - уровень $\alpha 1$-антитрипсина в сыворотке крови	

Диагнозы по МКБ-10

K73.0 Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках. K73.9 Хронический гепатит неуточненный. K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени. K76.0 Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Статины - для коррекции дислипидемии у пациентов с НАЖБП/неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). (выбор одного из перечисленных препаратов)

• Rp: Simvastatini 0,02. D.t.d № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки, во время ужина
Продолжение таблицы

• Rp. Atorvastatini 0,02. D.t.d № 30 in tab.

• Rp. Atorvastatini 0,04. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки, независимо от приема пищи, длительно

• Rp. Rosuvastatini 0,010.

D.t.d. № 30 in tab.

• Rp. Rosuvastatini 0,020. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки, независимо от приема пищи, длительно

Фибраты - для коррекции повышенного давления

триглицеридов крови

Rp. Fenofibrati 0,145. D.t.d. № 60 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки

Витамин Е - для улучшения гистологической картины

при НАСГ

Rp: Alfa-Tocopherol acetate 0,4. D.t.d. № 120 in caps.

S. Принимать внутрь после еды, по 1 капсуле 1 раза в сутки

Препараты, повышающие чувствительность тканей к инсулину (выбор одного из перечисленных препаратов)

Rp. Metformini 0,5. D.t.d. № 30 in tab.

S. принимать по 1 таблетке в сутки внутрь, во время или после приема пищи, 3 месяца

Rp. Pioglitazoni 00,3. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке в сутки вне зависимости от приема пищи, 3 месяца

Продолжение таблицы

Другие препараты

Rp. Acidi Ursodeoxycholic 0,25. D.t.d. № 100 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 3 раза в сутки, запивая достаточным количеством воды

• Rp. Ademetionini lyophilisati 0,4. D.d.t. № 10 in amp.

S. 1 ампулу приготовленного раствора для внутривенного введения следует растворить в 230 мл изотонического раствора натрия хлорида или %/о раствора декстрозы. Вводить очень медленно, в течение 1-2 ч. Применять в течение 2-х нед с последующим переходом на пероральный прием • Rp. Ademetionini 0,4. D.d.t. № 40 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 4 недель • Rp. Glycyrrhizic acid 0,5 + Phospholipides 0,2. D.t.d. № 10 in sol. S. В/в, предварительно растворив порошок в 10 мл воды для инъекций. Внутривенное введение осуществлять медленно. Вводят по 10 мл ежедневно 2 раза в сутки утром и вечером в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный прием. • Rp. Acidi Glycyrrhizici 0,65 + Phospholipidesi 0,35. D.t.d. № 50 in caps. S. Принимают внутрь по 2 капсулы во время еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости, 3 месяца. Хирургическое лечение ожирения: Бариатрические оперативные вмешательства при неэффективности консервативного лечения ожирения можно проводить при морбидном ожирении и неэффективности консервативных мероприятий у лиц в возрасте 18-60 лет: • ИМТ >40 кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний); • ИМТ >35 кг/м² при наличии тяжелых заболеваний, на течение которых можно воздействовать путем уменьшения массы тела Окончание таблицы		
Рекомендации образа жизни в период заболевания Диета При наличии избыточной массы тела необходимо добиваться ее плавного уменьшения: первоначально - на 10% и не более чем на 0,5-1,0 кг в неделю. Быстрое уменьшение массы тела может привести к прогрессированию стеатогепатита. Пациентам с НАЖБП подходит средиземноморский тип питания. Физическая активность Показаны умеренные аэробные нагрузки, например, ходьба в среднем темпе не менее 20 мин не реже 5 раз в неделю, плавание, езда на велосипеде, бег только после нормализации ИМТ Реабилитация • Реабилитация пациентов осуществляется параллельно с лечением и включает диетотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию. • Разработка индивидуального плана питания, направленного на постепенное снижение массы тела (при его избытке или ожирении) и поддержание идеального веса. • Коррекция пищевых привычек. • Уменьшение употребления простых углеводов и продуктов с высоким гликемическим индексом, замена их сложными углеводами и продуктами с низким гликемическим индексом. • Обогащение ежедневного рациона продуктами, содержащими клетчатку (фрукты, овощи, злаки). • Снижение потребления насыщенных и трансжиров, замена их на мононенасыщенные и полиненасыщенные жиры, которые снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и улучшают чувствительность тканей к инсулину. Профилактика Профилактика НАЖБП предполагает мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, коррекцию пищевых привычек, физическую активность		

Преимущества выбора препаратов.

- Статины рекомендуют принимать для коррекции дислипидемии у пациентов с НАЖБП/НАСГ, однако результаты клинических исследований, проводимых с целью оценки влияния статинов на НАЖБП, еще не получены. Наиболее хорошо изучены эффективность и безопасность сим-вастатина и аторвастатина в дозе 20-40 мг на ночь.
- С целью коррекции повышенного уровня ТГ в крови используют фибраты (фенофибрат), которые могут использоваться в виде как монотерапии, так и как дополнение к статинам.
- Витамин Е в дозе 800 мг/сут улучшает гистологическую картину печени у пациентов с морфологически доказанным НАСГ без сопутствующего сахарного диабета (СД). Оптимальной дозой витамина Е считают 400 мг в сутки.
- Инсулиносенситайзеры. Метформин улучшает тканевую чувствительность к инсулину. Пиоглитазон может быть использован при лечении НАСГ (морфологически доказанного), однако его применение в качестве препарата первой линии не рекомендуется.
- Урсодезоксихолевая кислота обладает целым рядом плей-отропных эффектов, полезных при НАЖБП, - снижение инсулинорезистентности, нормализация липидного спектра, уменьшение выраженности стеатоза и эффектов липотоксичности. Может применяться в комбинации с витамином Е и статинами.
- Адеметионин является основным донором метильных групп в реакциях синтеза аминокислот, фосфолипидов, гистонов, биогенных аминов и белков, источником глутатиона. Рекомендован при наличии астенического синдрома, повышенной утомляемости или депрессии в качестве антидепрессанта, а также при сочетании НАЖБП и алкогольного поражения печени.
- Для терапии НАЖБП могут применяться эссенциальные фосфолипиды и глицирризиновая кислота, которые оказывают антиоксидантное и противовоспалительное действие, способны восстанавливать целостность клеточных мембран.
- Также могут применяться препараты растительного происхождения на основе расторопши.

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) (автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности - ЛН 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение

От 25 до 60 дней	Не разработано	Каждые 6 мес рекомендуется: • определение антропометрических данных (масса тела, ИМТ, окружность талии); • определение сывороточных печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ); • определение показателей углеводного и липидного обмена (глюкоза, триглицериды), общий холестерин, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПВП; • определение степени фиброза печени с помощью неинвазивных методов диагностики (фиброзластометрия, сывороточные тесты); • электрокардиография, мониторинг АД (в группах высокого риска заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями). Каждые 12 мес рекомендуется
------------------	----------------	---

Окончание таблицы

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) (автоматизация процесса выписки листка нетрудоспособности - ЛН 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
		проведение: → УЗИ ОБП; → эхокардиографии (в группах высокого риска заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями).

Явка на прием через 3-5 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Мужчина, 43 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: небольшая общая слабость, дискомфорт в эпига-стральной области после приема жирной и жареной пищи.

Анамнез заболевания. Со слов пациента известно, что несколько лет назад в рамках медицинского осмотра было выявлено увеличение печеночных ферментов (каких именно, уточнить не может). К врачам не обращался, лечение не получал. Две недели назад проходил медицинский осмотр по месту работы, где было выявлено увеличение АЛТ (3 нормы), АСТ (2 нормы). Остальные печеночные показатели (ЩФ, ГГТП, общий билирубин) не изменены. Дискомфорт в эпига-стральной области появляется периодически, усиливается на фоне стресса. Обратился к терапевту по месту жительства для уточнения диагноза, назначения лечения.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний - острая респираторная вирусная инфекция. Вирусные гепатиты, вирус иммунодефицита отрицает. Гемотрансфузии отрицает.

Злоупотребление алкоголем отрицает. Прием лекарственных препаратов, биологически активных добавок, витаминных препаратов категорически отрицает. Наркотические средства не употребляет. Наследственный анамнез не отягощен. Работает строителем. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Вопросник AUDIT дает отрицательный результат.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. В сознании, ориентирован во времени, месте и собственной личности. На вопросы отвечает по существу. Температура тела 36,5 °С. Ротовая полость санирована. Рост 173 см, вес 101 кг. ИМТ 33,7 кг/м², ОТ - 116 см, отношение окружности талии к окружности бедра - 1,1. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, умеренной влажности, чистые. Видимые слизистые физиологической окраски. Периферические ЛУ не увеличены. Костно-мышечная система: без особенностей. Перкуторный звук над легкими легочный. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 74 в минуту, ЧСС 74 в минуту. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный при пальпации. Печень увеличена, размеры по Курлову: 12/3-10/1-10 см, безболезненная при пальпации, край печени эластичный. Селезенка не пальпируется, перкуторный размер 6×4 см. Мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Диагноз: K73.0 - хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках. НАЖБП, неалкогольный стеатогепатит. Ожирение I степени.

Обоснование диагноза: у пациента с ожирением, без признаков ХАИ, без анамнеза хронических вирусных гепатитов и приема лекарственных препаратов, с незначительным повышением печеночных ферментов в течение нескольких лет наиболее вероятно имеет место НАЖБП, неалкогольный стеатогепатит.

Дифференциальная диагностика проводится: с АБП, с хроническими вирусными гепатитами, с лекарственным поражением печени, с аутоиммунным гепатитом, с болезнью Вильсона-Коновалова и гемохроматозом.

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациент среднего возраста без соматической патологии может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу чрез 7 дней с результатами обследования.

План обследования.

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.

- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, общий и прямой билирубин, креатинин, мочевина, общий белок, калий, натрий).
- Глюкоза натощак.
- Инсулин натощак.
- Коагулограмма (протромбиновый индекс, фибриноген, МНО).
- Липидный профиль: общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП.
- УЗИ ОБП.
- ЭКГ.
- Эластометрия печени с контролируемым параметром затухания.
- Комплекс сывороточных биомаркеров фиброза (FIB-4).
- Маркеры ВГВ, ВГС (определение HBsAg, anti-HCV).
- Маркеры аутоиммунных заболеваний печени (определение антител к гладким мышцам, микросомальным антигенам печени и почек, антинуклеарные антител).
- Электрофорез белков сыворотки крови.
- IgA, IgM, IgG.
- Ферритин в сыворотке крови, процент насыщения транс-феррина железом.
- Церулоплазмин в сыворотке крови, определение суточной экскреции меди с мочой.

Терапия.

- Изменение образа жизни (рациональное питание и физическая активность).
- Снижение избыточной массы тела.
- Урсодезоксихолевая кислота (из расчета 10 мг/кг) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 3 мес.
- Повторный осмотр с результатами ФПП и липидограммы, инсулина.

Экспертиза нетрудоспособности: трудоспособность не нарушена

Профилактика.

Формирование здорового образа жизни, коррекция пищевых привычек, физической активности.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



3.5. Дискинезия желчевыводящих путей

Протокол для МИС «Дискинезия желчевыводящих путей МКБ-10:K.82.0 K83.4, K82.8, K83.8, K87.0, K91.5, K10.1»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, ЕНП, паспорт гражданина РФ. Вид случая

- Посещение с профилактической целью.
- Обращение по поводу заболевания:

→ первичный прием врача-терапевта; → повторный прием врача-терапевта. **ПРОТОКОЛ ОСМОТРА**

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- выбор из выпадающего списка;
- в некоторых полях предусмотрено внесение данных вручную.

Жалобы	Анамнез
Анализ связи боли с определенными факторами помогает уже на раннем этапе.	Приступы билиарной боли необходимо дифференцировать от проявлений заболеваний, при которых может наблюдаться боль в верхнем отделе живота. В контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не

Характерные признаки билиарной боли (должны определяться все признаки): • локализация в эпигастриальной области/правом подреберье; возможна иррадиация в нижние грудные позвонки, правую подлопаточную область; длительность - 30 мин и более, стойкая (быстро нарастает, достигая плато); • рецидивирует с разными интервалами (не ежедневно); • может возникать в ночное время (заставляет пробуждаться от сна); Продолжение таблицы	плет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали. За последние 6 мес за пределы РФ не выезжал. Аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает
--	---

Жалобы		Анамнез	
• тягостная, приводит к снижению активности пациента, нередко требуется незамедлительное обращение за медицинской помощью; • не имеет явной связи с приемом антацидов/антисекреторных средств; • не имеет явной связи с дефекацией и отхождением газов; • не имеет явной связи с изменением положения тела. При дискинезии желчных путей приступы боли далеко не всегда бывают спровоцированы погрешностями в диете. • Приступы могут возникать без видимых причин, иногда на фоне стрессов, в предменструальном периоде, после приема лекарственных средств, оказывающих выраженное влияние на моторику желчных путей (эстрогены, опиоиды). • Билиарная боль нередко сопровождается тошнотой, рвотой, которая не приносит облегчения			
Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
Активное. Пассивное. Вынужденное	Ясное. Ступор. Сопор. Кома	Нормостеническое. Астеническое. Гиперстеническое	Рост_вес_ ИМТ_ OT_ T_ SpO ₂ _ ЧСС_ АД_ ЧДД_

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфоузлы (ЛУ)	Костно-мышечная система
Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. Желтушные. Цианотичные. Землистого цвета. Гиперемизованы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых, инъекция сосудов склер. Иктеричность склер. Ксантомы. Ксантеллазмы. Язык: • влажный, сухой; • чистый, обложен налетом (белым, серым, коричневым, желтым)	Не увеличены, безболезненные. Увеличены. Пальпируются/не пальпируются. Размеры. Локализация. Болезненность. Спаянность с окружающими тканями.	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. Деформация скелета_. Деформация суставов_ Атрофия мышц_. Отсутствие конечностей
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
Форма грудной клетки: • нормальная; • бочкообразная; • рахитическая; • воронкообразная. Одышка: • инспираторная; • экспираторная; • смешанная	Дыхание: • поверхностное; • глубокое; • ритмичное; • Чейна-Стокса; • Биота; • Куссмауля. Аускультация: • ясный легочный звук; • сухие хрипы; • влажные хрипы; • крепитация; • шум трения плев-	Перкуторно границы относительной сердечной тупости: • в норме; • расширены влево на_ см; • вправо на_ см. Аускультация: • тоны ритмичные; • тоны аритмичные; • тоны громкие; • тоны приглушены; • тоны глухие. Пульс: • частота_в минуту;

Продолжение таблицы

Дыхательная система	Сердечно-сосудистая система
• ригидность грудной клетки	• симметричный; • несимметричный; • удовлетворительного наполнения; • напряженный; • слабого наполнения
Органы пищеварения	Мочевая система
Осмотр: • живот правильной формы; • живот неправильной формы; • равномерно участвует в акте дыхания; • неравномерно участвует в акте дыхания; • живот симметричный; • живот асимметричный; • увеличен за счет асцита; • увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Перкуссия: • размеры печени по Курлову не увеличены; • размеры печени по Курлову увеличены; • размеры селезенки не увеличены; • размеры селезенки увеличены. Пальпация: • при поверхностной пальпации болезненности нет; • при поверхностной пальпации определяется болезненность в области; • при глубокой пальпации болезненности нет; • при глубокой пальпации определяется болезненность в области.	Осмотр области почек - без изменений. Пальпация почек: • безболезненна; • болезненна слева; • болезненна справа. Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева. Мочеиспускание: нарушено/не нарушено; болезненное/безболезненное.

Продолжение таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
Пальпация печени: консистенция эластичная, плотная, край закруглен, заострен, бугристый. Пальпация селезенки: не пальпируется нижний полюс, пальпируется нижний полюс	
Эндокринная система	Нервная система
Осмотр: • выражение лица не изменено; • передняя поверхность шеи не изменена; • передняя поверхность шеи увеличена. Пальпация: • щитовидная железа не пальпируется; • пальпируется увеличенная щитовидная железа	Сознание не изменено. Произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхних и нижних конечностях с 2 сторон не изменены. Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
• Общий анализ крови. • Общий анализ мочи. • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, общий и прямой билирубин, креатинин, общий белок, панкреатическая амилаза и липаза, глюкоза). • Копрограмма. • Исследование кала на гельминты, простейшие. • ЭКГ.	УЗ-холцистография (для определения сократимости (фракции опорожнения) жел-чевыводящих путей). ЭндоУЗИ панкреатобилиарной зоны (для диагностики опухолевого или фиброзного стеноза большого сосочка ДПК, микрохолелитиаза и сладжа в желчных путях, фиброза поджелудочной железы, небольших изменений)

Окончание таблицы

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования
---	---

- УЗИ ОБП.
 - Стандартная ЭГДС с осмотром ДПК и области большого сосочка ДПК.
 - Магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- в панкреатических протоках). Билиосцинтиграфия с препаратами имидоацетиловой кислоты, меченной ^{99m}Tc (для оценки параметров накопления и выведения желчи). Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреато-графия - только в случаях неясных изменений протоков. Манометрия (только в случае, когда не удается получить убедительную информацию после других методов исследования)

Классификация.

Римские критерии IV функциональных билиарных расстройств:

- E1. Билиарная боль;
- E1a. Функциональное расстройство желчного пузыря;
- E1b. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа;
- E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа.

Диагностические критерии.

1. Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) желчевыводящих путей:

- характерная билиарная боль;
- отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений желчевыводящих путей по данным УЗИ;
- дополнительные подтверждающие признаки:
 - снижение фракции опорожнения желчевыводящих путей (<40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии;
 - нормальная активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови.

2. Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) билиарной порции сфинктера Одди:

- характерная билиарная боль;
- повышение активности печеночных ферментов или расширение желчного протока;
- отсутствие камней в желчных протоках и других их структурных изменений;
- дополнительные подтверждающие признаки: нормальная активность амилазы/липазы, характерные изменения по данным билиосцинтиграфии и манометрии сфинктера Одди.

3. Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) панкреатической порции сфинктера Одди:

- атаки панкреатита в анамнезе:
 - характерная панкреатическая боль;
 - активность амилазы/липазы в крови выше 3 норм;
 - признаки острого панкреатита по данным визуализации;
 - исключение других причин развития панкреатита;
 - отсутствие изменений по данным эндоУЗИ;
 - дополнительный подтверждающий признак - характерные изменения по данным манометрии сфинктера Одди.

Симптомы тревоги (отвергают диагноз функциональной диспепсии).

- Озноб, лихорадка, желтуха и др. **Дифференциальная диагностика.**

Ключевую роль в диагностике играют внимательный анализ характера боли (ее соответствие критериям билиарной боли) и исключение органической патологии желчных путей.

По клиническим признакам дискинезию желчных путей дифференцируют от других заболеваний, при которых может наблюдаться боль в верхнем отделе живота.

- Патология верхних отделов ЖКТ (функциональная диспепсия, гастропарез, острый гастрит, диспепсия, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, язвенной болезнью, симптоматическими язвами желудка и ДПК).
- Патология желчных путей (билиарный сладж, проявления желчнокаменной болезни - желчная колика, калькулезный холецистит, холедохолитиаз).
- Заболевания толстой и тонкой кишки, синдром раздраженного кишечника.
- Паразитозы (лямблиоз, инвазии печеночного и кошачьего сосальщика).
- Панкреатит.
- Спаечная болезнь.
- Ишемическая болезнь сердца.
- Плеврит.
- Мочекаменной болезни.
- Костохондрит, радикуло- и миопатии.

Диагнозы по МКБ-10

K82.8.0 Дискинезия желчного пузыря и желчных путей. K83.4 Спазм сфинктера Одди.

K82.8 Другие уточненные болезни желчного пузыря. K83.8 Другие уточненные болезни желчевыводящих путей. K87.0

Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при болезнях, классифицируемых в других рубриках. K91.5

Постхолецистэктомический синдром. R10.1. Боли, локализованные в верхней части живота

Фармакотерапия

(рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов)

Препараты выбора

Спазмолитики (выбор одного из перечисленных препаратов)

Rp. Hyoscini butylbromidi 0,01. D.t.d. № 40 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки до еды в течение 2-3 недель
Продолжение таблицы

Rp. Hyoscini butylbromidi 0,01. D.t.d. № 10 in tab.

S. Принимать внутрь по 2 таблетки при возникновении боли в животе

Rp. Mebeverini 0,2. D.t.d. № 60 in caps.

S. Принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки за 20 мин до приема пищи. Курсовое лечение в течение 30 дней

Rp. Trimebutini 0,2. D.t.d. № 30 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение месяца

Rp. Hymecromoni 0,2. D.t.d. № 50 in tab.

S. Принимать внутрь за 30 мин до приема еды по 1-2 таблетки 3 раза в сутки в течение 2-3 недель

• Rp. Drotaverini 0,04.

D.t.d. № 50 in tab.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в сутки.

• Rp. Pinaverii bromid 0,05.

D.t.d. № 20 in tab.

S. Принимать внутрь во время еды, запивая большим количеством воды, по 1 таблетке 3 раза в сутки

Урсодезоксихолевая кислота

Rp. Acidi Ursodeoxycholici 0,25. D.t.d. № 100 in caps.

S. Принимать по 2 капсулы 2 раза в сутки после еды в течение 1 месяца При необходимости курс можно повторить

Антидепрессанты

Rp. Amitriptylini 0,01. D.t.d. № 50 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке перед сном. Через 2 недели оценить эффективность лечения. При необходимости дозу увеличить до 20 мг в сутки. Длительность лечения - 2-3 месяца

Продолжение таблицы

Эндоскопическое лечение

При обоснованном диагнозе дисфункции сфинктера Одди и отсутствии эффекта от консервативной терапии стандартным подходом является проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии в рамках эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

Предварительно можно выполнить манометрию сфинктера Одди

Рекомендации образа жизни в период заболевания

Диетическое питание.

Прекращение курения и злоупотребления алкоголем. Отказ от приема препаратов, в значительной степени изменяющих перистальтическую активность и желчеотделение (в частности, эстрогенов).

Нормализация режима труда и отдыха

Реабилитация

Важное место в реабилитации после периода обострений и в профилактике занимают:

- лечебная физкультура, дозированная ходьба, плавание;
- санаторно-курортное лечение;
- употребление минеральных вод малой и средней минерализации (сульфатные, сульфатно-хлоридные с различным катионным составом - «Боржом», «Ессентуки №. 4», «Арзни», «Смирновская», «Славяновская»);
- водолечение (термальные и высокотермальные воды), физиотерапевтические процедуры, оказывающие спазмолитическое и противовоспалительное действие

Профилактика

Профилактика образования литогенной желчи (фактора, предрасполагающего к проявлению дискинезии желчных путей) предполагает устранение факторов, усиливающих секрецию холестерина в желчь и угнетение сократительной активности желчевыводящих путей:

- рациональное питание (исключение избыточного потребления углеводов и холестерина, больших перерывов в приеме пищи);

Окончание таблицы

- поддержание нормального индекса массы тела;
- достаточная двигательная активность;
- борьба с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем);
- лечение фоновых заболеваний.

Для профилактики приступов билиарной боли, развития острого

«дисфункционального» панкреатита необходимо:

- избегать употребления жирной и жареной пищи, чрезмерного количества пищи после продолжительного голодания;
- избегать психоэмоциональных нагрузок;
- избегать приема препаратов эстрогенов без веских оснований;
- нормализовать режим труда и отдыха.

Преимущества выбора препаратов.

- В основе клинических проявлений при дискинезии желчевыводящих путей лежит появление «функциональной обструкции» оттока желчи/панкреатического секрета, поэтому в качестве медикаментозной терапии первого ряда обосновано применение препаратов спазмолитического действия.
- Блокатор кальциевых каналов нифедипин и нитраты обладают системным действием на систему кровообращения.
- Гиосцина бутилбромид характеризуется быстрым наступлением эффекта (уже на 15-й минуте после приема внутрь) и хорошим спазмолитическим потенциалом. Препарат характеризуется высокой безопасностью.
- Мебеверин нормализует нарушение желчевыделения и улучшает физико-химические свойства и состав желчи, что связано со снятием спазма сфинктера Одди и нормализацией оттока желчи. Оказывает быстрый эффект (при острой спастической боли действие мебеверина проявляется уже через 15 мин после приема).
- Тримебутин обладает комбинированным действием за счет влияния на опиоидные рецепторы ЖКТ (спазмолитическим, прокинетическим и обезболивающим).

Препарат оказывает противовоспалительное и умеренно выраженное холеретическое действие. Улучшает отток желчи в ДПК и может способствовать снижению литогенности желчи.

- Можно применять ингибиторы фосфодиэстеразы (например, дротаверин), но они не обладают высокой селективностью действия на желчные пути, а также пинаверия бромид, блокирующий кальциевые каналы гладкомышечных клеток.
- Есть опыт эффективного применения альверина в сочетании с симетиком (спазмолитик и пеногаситель), артишока листьев экстракта (содержит различные растительные компоненты, оказывающие противовоспалительное действие и уменьшающие литогенность желчи).
- Антидепрессанты (амитриптилин) назначаются с целью лечения функциональной боли. Назначаются при четко обоснованном диагнозе и часто рецидивирующей боли, когда можно предполагать невропатический компонент и связь с центральной сенситизацией.
- Прием урсодезоксихолевой кислоты при дискинезии желчевыводящих путей обосновывается ее способностью снижать литогенность желчи, а также оказывать противовоспалительное действие на эпителий и мышечный слой желчных путей, оказывать противовоспалительное действие на эпителий и мышечный слой желчных путей. Уровень доказательности урсодезоксихолевой кислоты, по данным литературы, 2B.
- Для купирования симптомов дискинетического типа (дискомфортные ощущения, тошнота, вздутие в эпигастральной области) возможно применение прокинети-ков, например, итоприда гидрохлорида.

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) (автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности - ЛН 095/у)	Критерии выздоровления	Диспансерное наблюдение
Не определены	Полная клиничко-диагностическая ремиссия на протяжении 5 лет	Диспансерное наблюдение за пациентом с дискинезией желчевыво- дящих путей проводится в течение 5 лет от начала заболевания или обострения

Явка на прием через 3-5 дней с результатами обследования.

Клинический разбор

Ситуация. Женщина, 38 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы: тупые боли в правом подреберье, которые постепенно нарастают и становятся сильными, длятся около 1 ч. Боли возникают как в ночное время (заставляет просыпаться ночью), так и днем. Явных провоцирующих факторов не отмечает. Для купирования боли принимает антациды, омепразол без эффекта. Данные приступы возникают около 2-3 раз в месяц, в межприступный период самочувствие хорошее. Иногда приступы более сопровождаются тошнотой.

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились около 3 лет назад. Три раза в связи с появлением данных жалоб обращалась в приемное отделение городской больницы, где проводилось обследование: общий анализ крови - норма, в биохимическом анализе крови - уровень панкреатической амилазы, АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина в пределах

нормальных значений. По данным УЗИ гепатобилиарной зоны, ЭГДС патологии не выявлено. Принимала омепразол, дротаверин нерегулярно. Данное обращение в связи с возникшим 2 дня назад очередным приступом.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний - аппендэк-томия в возрасте 14 лет. Вирусные гепатиты, вирус иммунодефицита человека, кожно-венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Аллергических реакций не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наркотические средства не употребляет. Постоянный прием лекарственных препаратов отрицает. Наследственный анамнез - у матери инфаркт миокарда (в 68 лет). Работает воспитателем в детском саду. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4 °С. Ротовая полость санирована. Язык влажный, чистый. Рост 166 см, вес 59 кг. ИМТ 21,4 кг/м². Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, умеренной влажности. Периферические ЛУ не увеличены. Костно-мышечная система: без особенностей. Перкуторный звук над легкими - легочный. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/80 мм рт.ст. Пульс 76 в минуту, ЧСС 76 в минуту. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации, перистальтика сохранена. Симптомы Ортне-ра, Мерфи, Щеткина-Блюмберга не выявляются. Печень не увеличена, размеры по Курлову: 9×8×7 см, край безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется, перкуторный размер 6×4 см. Диурез в норме. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Периферических отеков нет.

Диагноз. K82.8.0 Дискинезия желчного пузыря и желчных путей.

Обоснование диагноза. У данной пациентки клинически выявляется характерная билиарная боль. Во время предыдущих обследований патологии со стороны верхних отделов

ЖКТ, гепатобилиарной зоны, поджелудочной железы не выявлено. Вероятен диагноз дисфункции желчного пузыря. **Дифференциальная диагностика** проводится:

- с органической патологией желчевыводящих путей;
- другими заболеваниями, сопровождающимися болью в верхнем отделе живота (ЯБ, гастрит, поражения ДПК, поджелудочной железы, паразитозы, заболевания сердечно-сосудистой системы).

Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации.

- Пациентка среднего возраста без соматической патологии может лечиться амбулаторно.
- Повторная явка к врачу с результатами обследования через 5-7 дней.

План обследования.

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, общий и прямой билирубин, креатинин, общий белок, панкреатическая амилаза и липаза, глюкоза).
- Копрограмма.
- Исследование кала на гельминты, простейшие.
- ЭКГ.
- УЗИ ОБП.
- ЭГДС с осмотром ДПК и области большого сосочка ДПК. **Терапия.**
- Диета. Исключение избыточного потребления углеводов и холестерина, больших перерывов в приеме пищи.
- Достаточная двигательная активность.
- Нормализовать режим труда и отдыха.
- При возникновении очередного эпизода боли - гиос-цина бутилбромид 20 мг внутрь. Для курсового лечения по 10 мг 3 раза в день до еды в течение 1 мес.

Экспертиза нетрудоспособности: трудоспособность не нарушена. **Профилактика.**

Рациональное питания, достаточная физическая активность.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС



Раздел 2. Правоотношения врача и пациента

Не секрет, что доктор на приеме часто сталкивается с рядом ситуаций, для разрешения которых требуется определенный набор знаний, не только профессиональных медицинских, но и знаний из смежных областей, таких как, например, психология, обществознание, культура... Особняком в этом ряду стоят знания из области юриспруденции, той области, что является для многих докторов неким дремучим лесом, в который так не хочется заходить, ибо найти самому в нем что-то полезное вряд ли получится, а вот заплутать и сгинуть безвозвратно - запросто.

В данном разделе мы выступим проводником-следопытом в этих юридических дебрях и попытаемся рассказать, каким образом использовать юридические знания для решения тех многих проблем, которые так часто возникают у нас на приеме. Итак, поехали...

СИТУАЦИЯ 1: ОТКАЗ ВРАЧА ОТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА



ПРОБЛЕМА

Необходимость отказа от ведения пациента
по каким-либо причинам



ч. 3 ст. 70 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ



- ▷ Повышенная загруженность
- ▷ Опасность возникновения конфликта
- ▷ Взаимная личная неприязнь



ОТКАЗ ДОПУСТИМ, КОГДА:

- НЕ УГРОЖАЕТ ЕГО ЖИЗНИ
- НЕ УГРОЖАЕТ ЗДОРОВЬЮ ОКРУЖАЮЩИХ
- СОГЛАСОВАН С РУКОВОДИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



ч. 3 ст. 70 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ



Однако у соответствующего должностного лица отсутствует прямая обязанность удовлетворять подобного рода заявления, ведь у него, в свою очередь, возникает обязанность заменить лечащего врача, а это бывает возможно далеко не всегда



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ



Написать заявление

на имя соответствующего должностного лица (руководителя) медицинской организации об отказе от ведения конкретного пациента



**ПРИЧИНЫ,
ПО КОТОРЫМ
ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ
ОТ ВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТА**



Чрезмерная нагрузка



**ОСНОВАНИЯ,
ПОЗВОЛЯЮЩИЕ
ОТКАЗАТЬСЯ
ОТ ВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТА**



Отсутствие вследствие вашего отказа угрозы жизни пациента и здоровью окружающих



**ВОЗМОЖНЫЕ
НЕГАТИВНЫЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ
ВЕДЕНИЯ ВАМИ
ПАЦИЕНТА**



Снижение качества оказываемой медицинской помощи ввиду проблем, связанных с трудностями установления контакта с пациентом

указать в заявлении

СИТУАЦИЯ 2: ПРОСМОТР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ



ПРОБЛЕМА

Пациент просит посмотреть или сфотографировать свою медицинскую документацию



ПРЕДОСТАВИТЬ ИЛИ ОТКАЗАТЬ?

ОЗНАКОМЛЕНИЕ
С ЗАПИСЯМИ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ПРИЕМА

ПАЦИЕНТ ХОЧЕТ
ПОСМОТРЕТЬ
СВОЮ КАРТУ
ЦЕЛИКОМ

ПАЦИЕНТ ХОЧЕТ
СФОТОГРАФИ-
РОВАТЬ
СВОЮ КАРТУ



п. 13 «Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», утв. Приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н

Предоставить

Отказать

Врач не обязан предоставлять карту пациенту непосредственно на приеме, тратя драгоценное время

Законодательством прямо не установлена возможность пациента фотографировать свою медицинскую документацию, но и запрета на это тоже нет

Законодательством установлен **регламент**, согласно которому происходит ознакомление с медицинской документацией. Пациент также вправе получить и ее копии



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ



ОЗНАКОМЛЕНИЕ
С МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИЕЙ



ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ
МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИИ

Написать письменный запрос на имя руководителя медицинской организации или его уполномоченного заместителя



п. 13 «Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», утв. Приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н



В соответствии с Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»

**Запрос рассматривается
в 30-дневный срок**

» На бумажном носителе
» В электронном виде
с использованием
портала **госуслуги**

СИТУАЦИЯ 3: ПРИСУТСТВИЕ ТРЕТЬИХ ЛИЦ НА ПРИЕМЕ



ПРОБЛЕМА

Пациент настаивает на присутствии на приеме его родственников либо иных лиц



РАЗРЕШИТЬ ИЛИ ОТКАЗАТЬ?



ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО
НЕ СОДЕРЖИТ ОТВЕТА
НА ЭТОТ ВОПРОС



ЭТОТ ВОПРОС
НА УСМОТРЕНИИ
АДМИНИСТРАЦИИ



ч. 3 ст. 27 ФЗ
от 21 ноября
2011 г. № 323-ФЗ



Наиболее оптимальным вариантом является установление администрацией медицинской организации в правилах внутреннего распорядка соответствующего алгоритма поведения медицинского работника

Законное право присутствовать при оказании медицинской помощи, в том числе на приеме, есть только у представителей несовершеннолетнего пациента



ч. 3 ст. 51 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ

Рекомендуется позвать представителя администрации медицинской организации

с целью урегулирования данного вопроса



Если этого не сделать, то, возможно, врача могут в дальнейшем обвинить в некорректном поведении

СИТУАЦИЯ 4: ПАЦИЕНТ СНИМАЕТ ВРАЧА



ПРОБЛЕМА

Пациент записывает врача на видео или на диктофон без его согласия



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ

Следует уведомить пациента, что вы **НЕ** разрешаете записывать себя на видео или на диктофон

Если пациент продолжает запись, следует сообщить ему, что:

• **ОН СОВЕРШАЕТ
ПРАВОНАРУШЕ-
НИЕ**

Примечание: по смыслу законодательства видео- и аудиозапись медицинских работников будет являться обработкой их биометрических персональных данных, которая возможна исключительно с их согласия



ч. 2 ст. 13.11 КоАП РФ «Обработка персональных данных без согласия в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных в случаях, когда такое согласие должно быть получено в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных...»



**Штраф
до 5000Р**

вы планируете обратиться в прокуратуру с заявлением

ЗАПРЕЩЕНО ОБНАРОДОВАНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ВРАЧА



ст. 152.1 ГК РФ

Примечание: по смыслу законодательства если пациент снимает именно вас, то есть именно вы стали основным объектом видеосъемки, то для дальнейшего размещения видео в открытых источниках он должен обязательно взять ваше согласие

ЗАПРЕЩЕНО ОБНАРОДОВАНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ДРУГИХ ПАЦИЕНТОВ



ст. 13.14 КоАП РФ

Если в кадр попадут изображения других пациентов и данная видеозапись будет размещена в открытых источниках, то это будет являться таким правонарушением, как разглашение информации с закрытым доступом и нарушение неприкосновенности частной жизни



В отдельных случаях предусмотрена уголовная ответственность



ст. 137 УК РФ

В случае, если пациент продолжает видео- и аудиозапись

**ПОКИНУТЬ
КАБИНЕТ**

**ОБРАТИТЬСЯ
В АДМИНИСТРАЦИЮ**

**НАПИСАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ
ОБ ОТКАЗЕ ОТ ВЕДЕНИЯ
ЭТОГО ПАЦИЕНТА**
(см. ситуацию 1)

Примечание: в случае ургентной ситуации необходимо оказывать пациенту медицинскую помощь в полном объеме до стабилизации состояния, не обращая внимания на ведение видео- и аудиозаписи, поскольку если этого не сделать, то медицинского работника **могут обвинить в неоказании помощи больному (ст. 124 УК РФ)**

СИТУАЦИЯ 5: ПАЦИЕНТ ОСКОРБЛЯЕТ ВРАЧА



ПРОБЛЕМА

Пациенты, будучи чем-то недовольны, выплескивают на медицинского работника весь свой негатив, при этом не стесняясь в выражениях и преследуя конкретную цель — оскорбить и унижить



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ

- ПОЗВАТЬ КАК МОЖНО БОЛЬШЕ СВИДЕТЕЛЕЙ



- Охрана
- Коллеги
- Обслуживающий персонал
- Другие пациенты

- СДЕЛАТЬ АУДИО-ИЛИ ВИДЕОЗАПИСЬ ПРОИСХОДЯЩЕГО



Запись нужно делать открыто, чтобы ее признали доказательством, полученным законным путем

Комментируя происходящее: «Я, доктор такой-то, веду запись разговора с пациентом таким-то с целью защиты своих прав при совершении в отношении меня правонарушения, предусмотренного статьей 5.61 КоАП РФ, и сбора соответствующих доказательств»



• ОБРАТИТЬСЯ ПО ТЕЛЕФОНУ В ПОЛИЦИЮ



с заявлением о том, что в отношении вас совершается правонарушение



ст. 5.61 КоАП РФ



**Штраф от 1000
до 3000Р**



• НЕОБХОДИМО ВНЕСТИ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ЗАПИСЬ В МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ



также необходимо письменно проинформировать об инциденте своего руководителя



• ПРОДУБЛИРОВАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ В РАЙОННУЮ ПРОКУРАТУРУ



приложить к заявлению доказательства, подтверждающие факт оскорбления (данные свидетелей, расшифровку диктофонной записи, копию медицинской документации с записью об инциденте и др.)



Стоит отметить, что число случаев, когда пациенты, нанесящие врачам оскорбления, подвергались административному наказанию, неуклонно растет

СИТУАЦИЯ 6: ПАЦИЕНТ НЕДОВОЛЕН НАЗНАЧАЕМЫМ ЛЕЧЕНИЕМ



ПРОБЛЕМА

Что делать, если пациент недоволен назначаемым вами лечением?

Например назначением БАД



АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ



**НАЗНАЧЕНИЕ
ДЕЛАЕТ ЛЕЧА-
ЩИЙ ВРАЧ**



ч. 2 ст. 70 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ



**ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ
ПРАВО ПОЛУЧИТЬ
ЛЮБЫЕ РАЗЪЯС-
НЕНИЯ**



ч. 1 ст. 22 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ



**МЕДИЦИНСКАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ
ОБЯЗАНА ДАТЬ
ДОСТОВЕРНУЮ
ИНФОРМАЦИЮ**



п. 6 ч. 1 ст. 79 ФЗ
от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ

Касательно назначения БАД следует предоставить пациенту следующую информацию:



РАЗЪЯСНИТЬ, ЧТО БАД НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



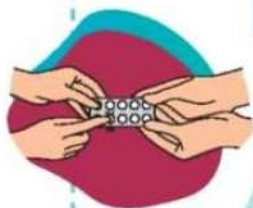
Не предназначены для предотвращения, лечения или смягчения симптомов заболеваний, а используются только в качестве вспомогательного средства, то есть как дополнение к лечению



ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ ИНФОРМАЦИЮ ПО БАД



В отличие от лекарств, у БАД нет МНН и регистрационного номера, присваиваемого Минздравом России. Но у них тоже есть регистрационный номер, он указан на упаковке и есть в Реестре свидетельств о государственной регистрации Роспотребнадзора



ПОДРОБНО РАССКАЗАТЬ, ПОЧЕМУ ВРАЧ РЕКОМЕНДУЕТ



применять именно эту конкретную БАД



СДЕЛАТЬ ЗАПИСЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ



о том, что с пациентом была проведена соответствующая разъяснительная беседа



Законодательством не запрещено назначать пациентам БАД, зарегистрированные должным образом

Раздел 3. Психологические аспекты реабилитации при заболеваниях органов пищеварения

Многообразие и многочисленность функциональных расстройств пищеварительной системы часто затрудняют своевременное и правильное распознавание заболевания. Некоторые пациенты годами наблюдаются и лечатся у терапевтов, гастроэнтерологов, не получая существенного облегчения, и только при учете роли психологического аспекта реабилитации появляется надежда на благополучный исход.

Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами (по Staehelein, 1963), такими как:

- трудности овладения (стоматит, симптомы воспаления слизистой оболочки рта);

- неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);
- быть отвергаемым, презируемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение);
- безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (боли в желудке, чрезмерная перистальтика, пилороспазм, язва);
- хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);
- невозможность отдать что-либо (хронические запоры);
- желание выбросить что-либо (хронический понос).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Связь между эмоциями и функцией желудка доказана еще в 1956 г., а в 1981 г. с помощью рентгеновского исследования было показано, что желудок спастически реагирует даже при упоминании о ситуациях, связанных с переживанием негативных эмоций.

С психоаналитической точки зрения язвенная симптоматика - это реакция на препятствия орально-рецептивных стремлений, т.е. человек, который регулярно не получает удовлетворения своих потребностей и не умеет испытывать удовольствие от жизни, рискует ухудшить свое здоровье.

Психологический портрет личности, склонной к язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- Стремление к карьерному росту и высокому социальному статусу.
- Доминирующая потребность в финансовой успешности.
- Неудовлетворенность социальной поддержкой.
- Ограниченность и даже скудность социальных связей.
- Тревожность, раздражительность, обидчивость, мнительность, обостренное чувство долга.

Выделяют несколько психологических типов больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (Overbeck, Biebl, 1975).

1. **Психически «здоровый» пациент.** Личности с хорошей функцией «Я» и стабильными отношениями, склонные к заболеванию в случае сильной эмоциональной нагрузки.
2. **Больной с неврозом характера.** Как правило, руководящий работник, склонный вызывать агрессию у окружающих. Болезнь может возникнуть вследствие особых переживаний обиды, неудачи или любовной потери.
3. **Социопатический больной.** Пассивно-зависимые больные со слабым «Я», чрезмерной зависимостью от других людей, склонные к асоциальным поступкам (алкоголики или рентные невротики). Заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и внимании к себе.
4. **«Психосоматический» больной.** Невыразительные личности с бедной фантазией и поверхностными отношениями. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д. Кроме того, у таких пациентов констатируют учащение несчастных случаев.
5. **«Нормопатический» больной.** Пациенты, чрезмерно адаптивные и ориентированные на нормальность поведения. Доводит себя до полного истощения работой и дополнительными обязанностями, постоянно находится под воздействием стрессовой перегрузки, что в итоге приводит к обострению заболевания.
6. Весьма интересным представляется высокая корреляция между язвенной болезнью и физическим перемещением за пределы привычного жизненного пространства, так, у гастарбайтеров и мигрантов частота язвенных поражений может достигать 80%.

Реабилитация. Реабилитация начинается с медикаментозной противоязвенной терапии, назначения диеты и режима питания. Специфика психотерапии пациентов заключается в воздействии на их общее эмоциональное состояние, обучении здоровому образу жизни, навыкам преодоления стресса, выявлении и коррекции систем факторов «агрессии» и «защиты», действующих на психологическом уровне. Мишенями психотерапевтической работы могут являться: высокий уровень тревожности как показатель неуспешности переработки психологического конфликта; интегрированный комплекс отношений к болезни, свидетельствующий об относительности социально-психологической адаптации пациентов; дисгармонично организованные связи психологических характеристик личности, облегчающие и потенцирующие срыв адаптационно-компенсаторного психосоматического процесса; узость «спектра» используемых защитных механизмов и неадекватные поведенческие стратегии. В реабилитации больных хорошо зарекомендовали себя психоаналитические, клиент-центрированные, когнитивно-бихевиоральные методы, семейная психотерапия, аутотренинг.

Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является многофакторной патологией, в основе которой лежит нарушение взаимодействия в системе «головной мозг-кишка», приводящее к нарушению нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности рецепторов толстой кишки к растяжению.

Психологический портрет личности, склонной к СРК

- Тревожность, эмоциональная неустойчивость, фиксация на своих ощущениях.
- Склонность к депрессивным расстройствам. Выделяют «эмоциональную» диарею, в этиопатогенезе которой основную роль имеет состояние острого страха и чувство беспомощности. Возникает у эмоционально лабильных людей при возникновении страха, боязни и неотвратимости тех или иных негативно окрашенных событий, к примеру, у студентов перед сдачей экзамена и т.д.

Реабилитация. В беседах с пациентом необходимо акцентировать его внимание на нормальных показателях исследований организма и подчеркнуть важность отсутствия патологических нарушений для прогноза заболевания. При этом нельзя внушать больному, что он полностью здоров, в противном случае он потеряет доверие к специалисту и станет с еще большей тщательностью искать помощи у других врачей. Необходимо убедить пациента в отсутствии у него угрожающего заболевания, проинформировать его о сущности болезни, влиянии психоэмоциональных факторов, стрессов на патологию, познакомить его с прогнозом, ознакомить и обучить техникам преодолевающего стресс поведения. Болезнь должна перестать быть единственной темой размышлений для пациента. В реабилитации больных СРК хорошо зарекомендовали себя методы когнитивно-бихевиоральной, психодинамической терапии, а также в ряде случаев полезная гипнотерапия.

При эмоциональной диарее эффективны все формы аутогенной тренировки, вызывающие релаксацию.

Болезнь Крона

Впервые патология была описана американским врачом Бериллом Кроном в 1932 г., характеризуется неспецифическим воспалением с тенденцией к хронизации с локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки (терминальный илеит) и в толстой кишке.

Психологический портрет личности, склонной к болезни Крона

- Низкая самооценка, ранимость.
- Эмоциональная неустойчивость.
- Быстрая капитуляция при стрессах с аутоагрессивной тенденцией.
- Склонность к депрессивным и субдепрессивным эпизодам.

Реабилитация. Цель реабилитации - укрепление «Я» пациента, специфических методов не существует, это может быть суггестивная терапия, гипнотерапия, гештальт-терапия, танцевальная терапия как часть социотерапии. В связи с тем, что пациенты могут демонстрировать снижение симбиотических связей, закрытость и стремление к изоляции, которые правильно рассматривать как «псевдоавтономию», нередко эти пациенты произвольно могут разрушать комплайнс.

Неспецифический язвенный колит

Неспецифический язвенный колит - это хроническое воспалительное заболевание кишечника с характерным приступообразным течением и локализацией в толстой кишке, сопровождающееся схваткообразными болями и кровавой диареей.

Этиология неизвестна, но в связи с вовлеченностью иммунной системы заболевание рассматривается как аутоиммунный процесс, а в пользу наследственного характера свидетельствуют частые случаи заболевания родственников болезнью Крона и наоборот.

Психологический портрет личности, склонной к неспецифическому язвенному колиту

Психологический аспект характеризуется сильной симбиотической зависимостью и незавершенным гештальтом при разрыве или утрате значимого объекта, играющего роль

«ключевой фигуры», отмечаются такие черты, как инфантилизм, нарциссизм, блокада гетероагрессии и склонность к депрессивным расстройствам. Возможна также диссоциация между уровнем притязаний и психофизиологической несостоятельностью, подобное стремление к успеху некоторыми авторами определяется как «кишечное самоубийство».

Реабилитация. Цель реабилитации - усиление «Я» пациента, психическая стабилизация и умение завершать прерванные гештальты, производить метафорический «выдох». Важна социотерапия, учитывая быструю капитуляцию пациентов при встречах со стрессорами, роль семьи и рабочего коллектива возрастает по мере обеспечения базовой потребности в безопасности и теплого, понимающего расположения «ключевых фигур». Клинический психолог методично проводит в беседах установку на терапию, рассчитанную на длительный курс.